

Национальный центр проблем туберкулеза  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

# ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

Основан в 2002 году, выходит 2 раза в год

№ 1 (19) 2012

## 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 ТУБЕРКУЛЕЗА И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

|  |    |
|--|----|
| <b>Абилдаев Т.Ш.</b> Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан. ....   | 4  |
| <b>Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х.</b> Усиление мер инфекционного контроля в противотуберкулезных организациях Республики Казахстан. ....                         | 7  |
| <b>Агзамова Р.А., Толеубекова Г.А., Дакенова Ж.К., Байжанова С.Т.</b> Клинико-эпидемиологическая характеристика новых случаев туберкулеза среди детей и подростков. ....         | 10 |
| <b>Ажханова Р.С.</b> Анализ и эпидемиологические аспекты противотуберкулезной службы в Курмангазинском районе Атырауской области. ....   | 13 |
| <b>Алифтеннова А.Б.</b> Риск возникновения рецидива туберкулеза органов дыхания у лиц, снятых с учета. ....  | 15 |
| <b>Зинковская Т.Н.</b> Клинико-эпидемиологические аспекты туберкулеза у детей из различных социальных и эпидемиологических групп в Северо-Казахстанской области. ....            | 19 |
| <b>Калина Р.К.</b> Причины возникновения рецидивов у больных, после DOTS терапии. ....   | 21 |
| <b>Калина Р.К.</b> Анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Павлодарской области за 2009-2010 годы. ....  | 23 |
| <b>Карабаева К.М.</b> Анализ случаев смерти от туберкулеза по Павлодарской области за 2009- 2011 годы. ....  | 25 |
| <b>Мукушев Н.Р., Молдахметова К.Н., Зетов А.Ш., Сырлыбаев Е.К.</b> Контроль за туберкулезом среди мигрантов в мегаполисе: опыт противотуберкулезного диспансера г. Алматы. ....  | 28 |
| <b>Мадияров Д.Т.</b> Сравнительный анализ смертности от туберкулеза в Степногорске за период с 2008 по 2010 годы. ....   | 31 |
| <b>Сахтапова Э. С., Турсынбеков Н.Н., Заханова А. Ж., Исабаев Ж. Т., Норенко И. С.</b> Эпидемиологическая ситуация по МЛУ ТБ в Алматинской области за 2008 - 2011гг. ....        | 32 |
| <b>Смаилова Г.А., Курбанова А.Т., Жусупова Р.Ж., Толеубекова Г.А., Пономарева С.В., Цепке Б. А.</b> Влияние миграционных процессов на заболеваемость туберкулезом в Астане. .... | 37 |
| <b>Табылдиева К.Д.</b> Организация диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом органов дыхания, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией. ....              | 42 |
| <b>Тастаева Г.К.</b> Причины возникновения рецидивов у лиц, перенесших туберкулез. ....  | 44 |
| <b>Темирханова А.Т.</b> Организация противотуберкулезных мероприятий в Акмолинской области. ....   | 46 |
| <b>Тусупбекова Г.Т.</b> Эффективность противотуберкулезной работы на амбулаторном этапе. ....  | 50 |

## КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

|   |    |
|---|----|
| <b>Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш., Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К.</b> Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. .... | 53 |
| <b>Зинковская Т.Н.</b> Выявление туберкулеза органов дыхания среди подростков в Северо-Казахстанской области. ....  | 55 |
| <b>Копеева Ж.А.</b> Анализ туберкулинодиагностики среди детей группы риска и в декретированном возрасте 6-7 лет. ....   | 57 |
| <b>Сапарбаева Н.С.</b> Анализ культуральной диагностики и теста на лекарственную чувствительность M.Tuberculosis по Жамбылской области за 2009-2011гг. ....                             | 59 |

## ЛЕЧЕНИЕ

|   |    |
|---|----|
| <b>Ауэзова С.Н.</b> Результаты лечения больных туберкулезом в Турксибском районе города Алматы. ....                                    | 62 |
| <b>Аблазим А.А.</b> Эффективность лечения больных МЛУ ТБ по Кызылординской области за 2006-2008 годы. ....                              | 63 |
| <b>Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В., Серикбаева С.Ш.</b> Результаты лечения детей и подростков, заболевших МЛУ ТБ. .... | 68 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Бугакова С.Л., Цепке А.Б., Бугаков А.А., Ракишева Ж.К., Шонтыкова К.С., Нурумжанова Р.Т.</b> Сравнительный анализ эффективности Лив.52 и препаратов расторопши в профилактике гепатотоксических побочных реакций на противотуберкулезные препараты у больных туберкулезом. .... | 73 |
| <b>Ахметова А.С.</b> Результаты контролируемой краткосрочной химиотерапии по стратегии DOTS в условиях распространения мультирезистентного туберкулеза. ....   | 77 |
| <b>Жанабаева А.А.</b> Сравнительная оценка результатов лечения больных с легочной формой туберкулеза с бактериовыделением и без бактериовыделения. ....  | 79 |
| <b>Истелюева М.Б.</b> Результаты лечения больных туберкулезом органов дыхания с сохраненной чувствительностью. ....  | 82 |
| <b>Кабдрахимова А.А.</b> Эффективность лечения препаратами второго ряда больных МЛУ ТБ по Жамбылской области за 2006-2008 г.г. ....  | 84 |
| <b>Камзина Б.Г., Имантаева М.К., Сабазбекова А.М., Колдасова Ш.С., Манкешова З.Ж., Тумашева Н.И.</b> Влияние козьего молока на иммунитет, часто болеющих туберкулезом инфицированных детей. ....   | 87 |
| <b>Назирова Н.И., Бапанова З.Ж.</b> Роль реабилитационных центров, хосписов и больниц сестринского ухода. ....   | 89 |
| <b>Шаймуратов Ш.Ш.</b> Эффективность применения многокомпонентного препарата римстар в лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом. ....  | 91 |

#### СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

|   |     |
|---|-----|
| <b>Кастыкпаева Л.В.</b> Случай генерализованного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у годовалого ребенка. ....           | 94  |
| <b>Латанова Х.Е.</b> Случай генерализованного туберкулеза у девочки - подростка в результате поздней диагностики (случай из практики). ....   | 96  |
| <b>Смаилова Г.А., Шаймуратов Ш.Ш., Абдукаримов Х.Х.</b> Случай тромбоцитопенической пурпуры на рифампицин у больной туберкулезом легких. .... | 99  |
| <b>Смайлова А.М.</b> О трудностях дифференциальной диагностики туберкулеза. ....  | 101 |

#### РАЗНОЕ

|  |     |
|--|-----|
| <b>Ракишева А.С.</b> Современные технологии преподавания фтизиатрии в ВУЗе. .... | 104 |
|--|-----|

#### ПОЗДРАВЛЕНИЕ ЮБИЛЯРА

|  |     |
|--|-----|
| <b>ФАЛЫМ, ҰСТАЗ Маскеев Қуаныш Мұбаракұлы (80- жастағы мерей тойы)</b> ..... | 107 |
|--|-----|

## ПРИОРИТЕТНЫЕ ЗАДАЧИ УСИЛЕНИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Абилдаев Т.Ш.*

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г. Алматы*

В Казахстане борьба с туберкулезом остается приоритетным направлением, и ее особая актуальность обусловлена поручениями Президента страны и Постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007г. №1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан».

Стратегия по контролю над туберкулезом в Казахстане реализуется согласно Государственной Программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г.

Целевыми индикаторами выполнения противотуберкулезной программы являются снижение показателей заболеваемости туберкулезом до 76,8 и смертности до 7,2 на 100 тысяч населения к 2015г., а также достижение успеха лечения среди новых случаев туберкулеза легких с бактериовыделением до 85% и среди больных МЛУ ТБ в 75% случаях при 85%-ом охвате лечением противотуберкулезными препаратами второго ряда.

В последние годы, благодаря выполнению комплекса противотуберкулезных мероприятий при постоянной поддержке Правительства РК, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в стране имеет стойкую тенденцию к улучшению. Так, заболеваемость населения туберкулезом с 2010г. по 2011г. снизилась с 95,3 до 86,8 (снижение на 8,9%), а смертность - с 10,6 до 8,1 на 100 тыс. населения (на 23,6%). В целом, за период с 1999 по 2011г. показатель смертности снизился на 65,5%.

Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу, превышающие республиканские данные, отмечаются по заболеваемости туберкулезом в г. Астане – 138,9, в Восточно-Казахстанской – 109,8, Атырауской – 107,7, Костанайской – 107,3 и Акмолинской областях – 102,9 на 100 тыс. населения и по смертности – в Восточно-Казахстанской – 15,9, Карагандинской – 12,3, Северо-Казахстанской – 11,6 и в Костанайской областях – 10,6 на 100 тыс. населения.

На сегодняшний день Казахстан является одной из немногих стран в мире, где во всех бактериологических лабораториях национального, областного, регионального уровней и г.г. Астаны, Алматы внедрены быстрые методы диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза за 14 дней на аппарате BACTEC MGIT-960. Контроль качества исследований выполняется в

референс-лаборатории при НЦПТ МЗ РК, которая, в свою очередь, прошла тестирование на контроль качества в супранациональной лаборатории в г. Борстель (Германия).

Кроме того, ускоренный молекулярно-генетический метод диагностики множественной лекарственной устойчивости МБТ за 2 суток (Хайн-тест) внедрен в Национальной референс-лаборатории и 9 бактериологических лабораториях страны, включая лабораторию в системе КУИС МВД РК.

Планируется внедрение ускоренного метода диагностики туберкулеза и лекарственной устойчивости к рифампицину за 2 часа Gen-Xpert в 4 пилотных регионах и в НЦПТ.

В 2011 году 92% больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания с положительным результатом посева были протестированы лекарственную чувствительность к противотуберкулезным препаратам первого ряда (ТЛЧ) при индикаторе ВОЗ 85%.

С увеличением числа обследованных больных туберкулезом тестом на лекарственную чувствительность, заболеваемость МЛУ ТБ в стране в 2011 году составила 10,1 на 100 тыс. населения, абсолютное число впервые выявленных больных – 1671. Уровень первичной МЛУ ТБ в Республике Казахстан составил в 2011г. 25,2%, приобретенной – 54,8%.

Данные показатели объективно отражают эпидемиологическую ситуацию по МЛУ ТБ.

На основании разработанной стратегии контроля над МЛУ ТБ, при дополнительном финансировании из грантов проектов 6 и 8 раундов Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), ежегодно увеличивается охват адекватным лечением больных МЛУ ТБ в режиме DOTS-Plus. Охват лечением больных МЛУ ТБ противотуберкулезными препаратами второго ряда в 2011г. составил 66,9%. В рамках Госпрограммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. и грантов ГФСТМ планируется достижение указанного показателя 85%.

Когортный анализ эффективности лечения за 2010 год у впервые выявленных больных с бактериовыделением при сохраненной лекарственной чувствительности свидетельствует о достижении показателя «успешности лечения» в 81,7% случаев и при лечении

препаратами второго ряда больных МЛУ ТБ за 2009г. данный показатель достигнут в 75,6% случаев.

Проводимая реструктуризация коечного фонда ПТО позволила открыть специализированные отделения принудительного лечения больных с заразными формами (18 на 595 коек), для лечения больных МЛУ ТБ (42 на 2757 коек), для изоляции больных с бактериовыделением, нуждающихся в симптоматическом лечении (24 на 845 коек).

Существенно укреплена материально-техническая база противотуберкулезных организаций, все они оснащены современным медицинским и лабораторным оборудованием.

Внедряется система инфекционного контроля в зонах высокого риска заболевания туберкулезом. Областными противотуберкулезными диспансерами совместно с НЦПТ разработана Программа реструктуризации и инфекционного контроля с определением финансовой потребности;

Противотуберкулезные организации страны обеспечены индивидуальными средствами высокой степени защиты. За период реализации Госпрограммы закуплено организациями средств индивидуальной защиты (маски-респираторы) на сумму 190,8 млн. тенге.

Введены в строй в 2011г. 4 новых типовых объекта туберкулезных больниц в 3 областях (Атырауской: Жылойская туберкулезная больница на 50 коек, Северо-Казахстанской: Новошимская – 100 коек, Благовещенская - 100 коек, Южно-Казахстанской: Сайрамская туберкулезная больница на 60 коек).

Вместе с тем уровень оказания социальной помощи больным туберкулезом в стране остается недостаточным. Так, за 2011г. по сравнению с 2010 годом (216497,8 тыс.) по республике социальную поддержку получили 13 967 больных туберкулезом на сумму 257,827,2 млн. тенге. Крайне недостаточно решается этот вопрос в Атырауской (422,0 тыс.), Мангистауской (991,0 тыс.) и Актюбинской (3907,1 тыс.) областях.

На сегодняшний день приоритетными направлениями Национальной Программы борьбы с туберкулезом являются: усиление кадрового потенциала, расширение доступа целевых групп к своевременному выявлению и диагностике туберкулеза, повышение приверженности больных туберкулезом к непосредственно контролируемому лечению, совершенствование мер инфекционного контроля в зонах повышенного риска заболевания.

Для усиления кадрового потенциала необходимо проведение мониторинга выполнения местными органами исполнительной власти Постановления Правительства от 18 февраля 2009г. №183, разработка механизма привлечения специалистов во фтизиатрическую

службу через целевое распределение выпускников медицинских вузов, социальную мотивацию, повышение престижа профессии, научно-исследовательскую работу, повышение заработной платы.

Раннее выявление туберкулеза в стране возможно при организации флюорообследования не только среди декретированного контингента, но и среди неорганизованного населения (базары, барахолки, биржа труда, мечети и церкви) в осенне-весенний период с использованием передвижного флюороаппарата, а также при ежегодном флюороосмотре женщин фертильного возраста. План флюороосмотров и списки декретированного контингента и групп риска для флюорообследования должны ежегодно обновляться и сверяться.

Для обеспечения своевременного обращения лиц с подозрением на туберкулез в ПМСП нужны меры по повышению знания о туберкулезе у населения.

Повышение санитарной грамотности населения по вопросам туберкулеза возможно при использовании таких современных эффективных методов адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ), как показ видеороликов, вывешивание в общественных местах плакатов, билбордов, регулярное отправление SMS-сообщений, привлечение бывших больных, религиозных деятелей к проведению санитарно-просветительной работы среди населения, а также проведение лекций именно в местах большого скопления людей (мечети, церкви, рынки, биржи труда и т.д).

Для ранней диагностики туберкулеза, особенно туберкулеза с лекарственной устойчивостью, необходимо дальнейшее расширение доступа к инновационным ускоренным методам диагностики туберкулеза и туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ВАСТЕС MGIT- 960, HAIN- test и Gen-Xpert).

Повышение приверженности больных к непрерывному длительному курсу лечения возможно при своевременной диагностике и купировании побочных реакций ПТП, оказании местными органами исполнительной власти ежемесячной социальной помощи в достаточном объеме социально уязвимой категории больных туберкулезом, получающих лечение в амбулаторных условиях. Для своевременного поиска больных, уклоняющихся от лечения и оформления их на принудительное лечение через суд необходима непосредственная помощь со стороны территориальных органов ДВД, ДГСЭН.

Усиление лекарственного компонента противотуберкулезной программы предусматривает обеспечение противотуберкулезными препаратами второго ряда гарантированного качества не менее 85% случаев МЛУ ТБ, закуп лекарственных средств для профилак-

тики и купирования побочных реакций ПТП в рамках ГОМБ через единого дистрибьютера (СК-Фармация) по заявкам не только ПТО, но и ПМСП, совершенствование национального регистра больных туберкулезом по лекарственному компоненту, оценке контроля качества ПТП в условиях независимых лабораторий.

Одним из важных шагов по усилению борьбы с туберкулезом являются меры инфекционного контроля, направленные на минимизацию риска распространения инфекции среди населения и медицинских работников.

Внедрение комплекса мер по ИК, в свою очередь, способствует снижению распространения нозокомиальной инфекции среди больных и медицинских работников противотуберкулезных стационаров.

В стране выполняется Межведомственный рабочий План по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2012-15г.г. Противотуберкулезные мероприятия выполняются совместно с сетью ПМСП, КГСЭН, ведомственными учреждениями Министерства внутренних дел РК, Министерства обороны РК, Министерства труда и социальной защиты.

Таким образом, в комплексной противотуберкулезной программе в стране достаточно сил и средств для успешного выполнения поставленных задач и достижения прогнозных индикаторов по дальнейшему улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу на 2015г.

### ТҰЖЫРЫМ

Қазақстан Республикасы Үкіметінің үнемі қолдауы аясында туберкулезге қарсы шаралардың кешенді орындалуы, елімізде туберкулездің эпидемиологиялық жағдайы жақсара бастағаны байқалады. Сонымен, халық арасында аурушаңдық 2010 жылдан бастап 2011жылға дейін 95,3 тен 86,8 дейін төмендеген (төмендеу 8,9%), ал қайтыс болғандар 100 мың тұрғынға шаққанда 10,6 дан 8,1 дейін (23,6%). 1999 жылмен 2011 жыл аралығында қайтыс болғандар саны 65,5% дейін төмендеген. Қазіргі таңда, туберкулезбен күресудегі Ұлттық бағдарламаның негізгі бағыты: кадрлық потенциалды күшейту, туберкулезді дер кезінде анықтау және диагностика мақсатын арттыру, туберкулез науқастарының емді тікелей бақылаумен қабылдауға ынтасын арттыру, аурудың қатерлі аймақтарында инфекциялық бақылау шараларын күшейту болып табылады.

### РЕЗЮМЕ

Выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий при постоянной поддержке Правитель-

ства РК способствовало улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране. Так, заболеваемость населения туберкулезом с 2010г. по 2011г. снизилась с 95,3 до 86,8 (снижение на 8,9%), а смертность - с 10,6 до 8,1 на 100 тыс. населения (на 23,6%). В целом, за период с 1999 по 2011г.г. показатель смертности снизился на 65,5%. Наряду с этим в Казахстане, как во многих странах постсоветского пространства, наблюдается распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. С увеличением числа обследованных больных туберкулезом тестом на лекарственную чувствительность заболеваемость МЛУ ТБ в стране в 2011 году составила 10,1 на 100 тыс. населения, абсолютное число впервые выявленных больных было 1671. Уровни первичного МЛУ ТБ составили в 2011г. 25,2%, приобретенного – 54,8%. На сегодняшний день приоритетными направлениями Национальной Программы борьбы с туберкулезом являются: усиление кадрового потенциала, повышение доступа целевых групп к своевременному выявлению и диагностике туберкулеза, повышение приверженности больных туберкулезом к непосредственно контролируемому лечению, совершенствование мер инфекционного контроля в зонах повышенного риска заболевания.

### SUMMARY

Implementation of the comprehensive anti-TB activities at stable support of the Government of Kazakhstan led to improve the epidemiological situation on TB in the country. Thus, TB incidence decreased from 95.3 to 86.8 (decrease by 8.9%), while TB mortality did 10.6 to 8.1 per 100.000 (decrease by 23.6%) since 2010 till 2011. In total, during the period from 1999 to 2011 TB mortality indicator decreased by 65.5%. Along with in Kazakhstan prevalence of multi drug resistant TB is observed as in other countries of post-Soviet Union space. In 2011 thanks to increase of the number of patients with MDR TB through drug sensitivity testing incidence constituted 10.1 per 100.000 of population the absolute number of newly detected patients was 1671. Levels of primary MDR TB constituted in 2011 25.25, those of secondary MDR TB did 54.8%. For up-to-day priority objectives of National TB Programme are the enhancement of human resources, improvement of access to the target groups of population to the timely TB treatment and diagnostics, strengthening of adherence to the treatment of TB patients to DOTS treatment, improvement of infection control policies in the areas with higher risk of TB disease development.

## УСИЛЕНИЕ МЕР ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

*Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х.  
Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы*

Одними из важных шагов по усилению борьбы с туберкулезом являются меры инфекционного контроля, направленные на минимизацию риска распространения инфекции среди населения и медицинских работников. Основу инфекционного контроля составляет ранняя и быстрая диагностика больных туберкулезом и их эффективное лечение.

Для обеспечения инфекционного контроля (ИК) требуется принятие управленческих решений на национальном и региональных уровнях.

К организационным мероприятиям, обеспечивающим структурную основу ИК, относятся: создание органа, координирующего мероприятия по инфекционному контролю на всех уровнях; обеспечение проектирования в соответствии с требованиями ИК при строительстве, реконструкции и капитальном ремонте медицинских учреждений; оценка риска распространения туберкулеза на всех уровнях системы здравоохранения и в местах массового скопления людей; усиление санитарной пропаганды о роли и необходимости ИК, осуществление мониторинга и оценки ИК и проведение операционного исследования.

Внедрение комплекса мер по ИК, в свою очередь, способствует снижению риска распространения нозокомиальной инфекции среди больных и медицинских работников противотуберкулезных стационаров.

С учетом этого, согласно приказа Министерства здравоохранения РК №131 от 14 марта 2011 года «Об утверждении Положения о деятельности противотуберкулезных организаций» на заседании от 19-21 июня 2011г., при РГКП НЦПТМЗ РК был рассмотрен План мероприятий по реструктуризации коечного фонда противотуберкулезных организаций в стране, что позволило принять решение о разделении потоков больных для содержания по эпидемиологическому статусу. В рамках данного плана всем регионам даны рекомендации по схематическому распределению имеющейся коечной мощности на областные, региональные, городские и межрайонные диспансеры для размещения больных, согласно их категории лечения, бактериологического статуса и лекарственной чувствительности, приоритетам лечения в условиях высокоспециализированных ОПТД и ГПТД больных МЛУ ТБ, по соблюдению административных, инженерных мер ИК и личной защиты от туберкулеза, а также по усилению амбулаторного этапа лечения.

В рамках данного плана в стране в 2011г. произо-

шло сокращение 1111 коек, не соответствующих требованиям ИК. Больше всего противотуберкулезных коек сокращено в Южно-Казахстанской (395 коек), Кызылординской (160 коек) и Актюбинской (111 коек) областях.

На сегодня в большинстве противотуберкулезных стационаров Республики созданы условия для разделения больных по моностатусу и при госпитализации больных в стационары регионы придерживаются рекомендации комиссии НЦПТ по ИК. По данному вопросу особенно преуспели противотуберкулезные службы в Акмолинской и Жамбылской областях, которые уже приступили к завершающему этапу реструктуризации. Соответствие состояния противотуберкулезных стационаров в Акмолинской области требованиям инфекционного контроля положительно оценены специалистами международной неправительственной организацией KNCV по ИК.

Над выполнением плана по реструктуризации достаточно интенсивно работает противотуберкулезная программа в Мангистауской области, которая за полгода добилась очень хорошего результата по распределению больных по бактериологическому моностатусу, по размещению коек для лечения МЛУ ТБ на базе ОПТД и созданию приоритета лечения больных без бактериовыделения в амбулаторных условиях (для данного контингента в области на сегодня функционирует только 30 стационарных коек на межрайонном уровне).

По сравнению с 2010г. число противотуберкулезных коек не изменилось в Акмолинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской областях и в г.г.Астана и Алматы. Но ПТО в данных регионах ввиду сравнительно небольшого числа имеющихся коек, по данным 2010г., давали достаточно высокие проценты выполнения плана по койкам (свыше 90%) с оборотом койки до 3,0, за исключением Жамбылской области, где процент выполнения плана по койкам составил 86,2 и оборот койки - 2,8.

Незначительное сокращение противотуберкулезных коек в 2011г. отмечалось в Мангистауской (25 коек), Алматинской (30 коек), Павлодарской (35 коек), Северо-Казахстанской (70 коек), Атырауской (75 коек), Восточно-Казахстанской (80 коек) и Карагандинской (95 коек) областях.

При этом в противотуберкулезных стационарах данных областей не выполняется план по использованию коек и отмечается низкий оборот койки. Так, в ПТО Алматинской области процент использования коек

в 2010г. составил всего 65,0 при низком обороте 1,9, соответственно, в ПТО Атырауской – 79,4 и 2,6, Мангистауской – 78,8 и 2,7, Северо – Казахстанской – 82,9 и 2,7 и Карагандинской областей – 90,0 и 2,6. Также низкий процент выполнения плана по койкам в 2010г. отмечался в противотуберкулезных диспансерах Южно-Казахстанской области, но по данной области в 2011г. сокращено около 30% больничных коек.

Вместе с тем в ряде областей, несмотря на предложенные нами четкие рекомендации по ИК, при наличии достаточной коечной мощности и материальной базы, продолжается нерациональное использование противотуберкулезных коек. Так, в ПТО Кызылординской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей не созданы условия для содержания больных МЛУ ТБ. Отделения для лечения больных МЛУ ТБ расположены в старых приспособленных зданиях в составе ОПТД без механической вентиляционной системы. В типовых зданиях ОПТД получают лечение больные с сохраненной чувствительностью, причем более половины из них без бактериовыделения.

При этом Кызылординская и Восточно-Казахстанская области относятся к регионам с высоким уровнем заболеваемости МЛУ ТБ - 14,7 и 12,2 на 100 тыс. населения соответственно, что в 1,2 - 1,5 раза превышает республиканский показатель (10,1 на 100 тыс. населения).

В Атырауской и Карагандинской областях нет разделения межрайонных противотуберкулезных больниц для больных с сохраненной чувствительностью в зависимости от бактериовыделения.

В целом, в стране в большинстве регионах для больных туберкулезом без бактериовыделения предпочтение отдается стационарному лечению, что противоречит требованиям ВОЗ. Предпочтительное лечение данных больных в условиях стационара связано с недостаточной организацией амбулаторного этапа, слабой интеграцией с сетью ПМСП и отсутствием достаточной социальной поддержки больных со стороны местных исполнительных органов власти.

Так, больше всего противотуберкулезных коек для больных без бактериовыделения выделено в Павлодарской – 345 (38,1% из всей имеющейся коечной мощности), Кызылординской – 290 (31,4%) и Западно - Казахстанской областях – 235 (30,5%) коек. В Павлодарской области функционируют 9 маломощных противотуберкулезных больниц на 15-30 коек (туббольницы Успенского, Актогайского, Баянаульского, Железинского, Иртышского, Качирского, Майского и Щербактинского районов).

Длительное содержание больных без бактериовыделения в противотуберкулезных стационарах, особенно в условиях областных, городских и региональных диспансеров, в свою очередь, приводит к снижению

качества содержания более тяжелой категории больных (МЛУ и ШЛУ ТБ), которые требуют особого внимания в виду длительности общего курса лечения (20 и более месяцев) с большим количеством принимаемых противотуберкулезных препаратов и разнообразием возникающих к ним токсико-аллергических реакций.

Вместе с тем, уменьшение резервуара туберкулезной инфекции, особенно с множественной лекарственной устойчивостью, возможно при достаточной изоляции больных из I «Г» диспансерного учета с созданием хороших условий их содержания.

В настоящее время стационары для изоляции и симптоматического лечения больных из I «Г» диспансерного учета открыты во всех регионах. Но условия содержания данного контингента в специализированных учреждениях соответствуют требованиям только в Акмолинской, Жамбылской, Мангистауской, Костанайской и Западно-Казахстанской областях. В остальных регионах данные отделения расположены в старых приспособленных зданиях с неудовлетворительными условиями быта, что не способствует длительному нахождению больных.

Из 117 противотуберкулезных организаций в стране 60 (51,3%) размещены в типовых зданиях, 42 (35,9%) – в нетиповых, 18 (15,4%) – в приспособленных.

Приточно-вытяжная вентиляционная система имеется только в зданиях 51 (43,6%) противотуберкулезной организации.

На уровне районов в 5 противотуберкулезных организациях Актыубинской (Иргизская туберкулезная больница), Западно-Казахстанской (Бокейординская туберкулезная больница), Мангистауской (Мангистауская, Тупкараганская туберкулезные больницы) имеются проблемы в обеспечении водой (вода привозная), что, безусловно, отражается на качестве содержания больных.

В настоящее время в 56 (47,9%) противотуберкулезных организациях ограждения не соответствуют стандартам инфекционного контроля.

Охрана территорий противотуберкулезных учреждений организована лишь в 64 (54,7%), и, причем, только за счет частных охранных фирм. Для эффективной охраны противотуберкулезных стационаров для больных с бактериовыделением необходимо решить вопрос включения данных учреждений в перечень охраняемых объектов системы МВД РК.

Разделение потоков больных с бактериовыделением в зависимости от сроков поступления в противотуберкулезные стационары и достижения у них конверсии мазка мокроты возможно с помощью организации тамбур-шлюзов и отдельных зон по степени их заразности.

Отсутствие тамбур - шлюзов и трех отдельных зон («красная», «желтая» и «зеленая» в зависимости от бактериального статуса больных) отмечаются, соответ-



ственно, в 92 и 65 противотуберкулезных организациях (78,6% и 55,6%).

Тамбур-шлюзы отсутствуют в противотуберкулезных организациях: в Атырауской (в 5 учреждениях из 6), Восточно-Казахстанской (имеются только в одном из 10 учреждений), их нет ни в одной организации Западно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской, Павлодарской и Северо-Казахстанской областей.

Разделение на зоны по степени заразности отсутствует в противотуберкулезных организациях Атырауской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской и Карагандинской областей.

Важным требованием в соблюдении правил инфекционного контроля в стационарах ПТО является наличие приточно-вытяжной вентиляционной системы в зонах высокого риска: отделение МЛУ, приемное отделение, баклаборатория, эндоскопический кабинет, рентгенкабинеты.

В республике в 32 учреждениях (27,4%) имеется приточно-вытяжная вентиляция в зонах высокого риска.

Во всех противотуберкулезных организациях соблюдается территориальное разделение для прогулок больных.

В стационарах широко используются ультрафиолетовые лампы закрытого или открытого типа.

К мерам индивидуальной защиты относятся маски-респираторы, предназначенные для медицинских работников, и хирургические маски для больных туберкулезом.

Противотуберкулезными организациями маски – респираторы в 2011г. закуплены на сумму 205 856,6 тыс.тенге, хирургические маски - на сумму 46 897,8 тыс.тенге. Обеспеченность в полном объеме.

В 2011г. на капитальный ремонт противотуберкулезных организаций выделено и освоено 1 336 130,6 тыс.тенге, на текущий ремонт – 326 181,9 тыс. тенге, на мягкий инвентарь – 145 038,9 тыс.тенге, на твердый – 123 110,6 тыс.тенге.

Одной из мер, направленных на уменьшение нозокомиального распространения лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза в противотуберкулезных стационарах, является расширение внедрения ускоренных инновационных методов диагностики лекарственной устойчивости (ВАСТЕС, HAIN-test и Gen-Xpert), которые способствуют быстрой диагностике туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и своевременной изоляции больных с назначением адекватного лечения в соответствующие стационары.

На сегодня аппарат ВАСТЕС MGIT – 960 функционирует во всех областных противотуберкулезных диспансерах и в г.г. Астана, Алматы и Семей. HAIN-test внедрен в 10 областях. С этого года для пилотных проектов (НЦПТ, г.Алматы, Алматинская и Акмолинская области)

будут закуплены по проекту KNCV 4 аппарата Gen-Xpert. Необходимо расширить внедрение Gen-Xpert и в других организациях за счет республиканского или местного бюджета, т.к. основная роль данной методы отводится своевременной изоляции в специализированные отделения больных с устойчивостью и предупреждению нозокомиального распространения инфекции среди больных с сохраненной чувствительностью.

Для усовершенствования мер инфекционного контроля в противотуберкулезных организациях требуется:

1. Сократить число нетиповых, приспособленных, маломощных ПТО.

2. При лечении больных без бактериовыделения приоритет отдать амбулаторному лечению с внедрением социально стимулирующего компонента.

3. Проводить госпитализацию больных туберкулезом в соответствии с данными лекарственной чувствительности и бактериологическим статусом в специализированные отделения ОПТД, ГПТД, РПТД или межрайонные ПТО.

4. В ОПТД, а также региональные ПТД госпитализировать больных МЛУ ТБ и больных, требующих высокоспециализированной медицинской помощи.

5. Предусмотреть в стационарах для лечения впервые выявленных случаев и больных с рецидивами с бактериовыделением палаты – изоляторы для госпитализации больных с неизвестной лекарственной чувствительностью.

6. Предусмотреть изоляторы для больных ШЛУ ТБ в отдельном отсеке от больных МЛУ ТБ.

7. Создавать комиссии по инфекционному контролю ПТО, совместно со специалистами ДГСЭН, при планировании строительства или реконструкции, а также капитального ремонта ПТО проектных организаций техническим заданием, соответствующим требованиям ИК.

8. Усилить авторский и технический надзор над медицинскими организациями и систем приточно-вытяжной вентиляции в ходе их строительства, реконструкции и капитального ремонта.

9. Обеспечивать техническим обслуживанием профильными инженерами сертифицированных организаций системами приточно-вытяжной вентиляции ПТО на договорной основе.

10. Обеспечивать возведение сплошной ограждающей конструкции (высотой не менее 2,5 -3 метра) объектов ПТО всех уровней, а также создание охранной системы с установкой видеонаблюдения.

11. Включать противотуберкулезные организации в перечень охраняемых объектов системы МВД РК.

12. Обеспечивать индивидуальными средствами защиты (респираторами) медицинский персонал ПТО и масками больных с заразной формой туберкулеза.

13. Обеспечивать экранированными УФБО отделения высокого риска туберкулеза во всех ПТО.

### ТҰЖЫРЫМ

Туберкулезбен күресу жөніндегі негізгі бағыттардың бірі - медицина қызметкерлері мен халық арасында туберкулез инфекцияның таралу қаупін болдырмауға бағытталған инфекциялық бақылау шаралары болып табылады. Инфекциялық бақылаудың негізі - туберкулез науқастарын ерте және жедел анықтаумен қатар емдеудің тиімділігін көтеру. Елімізде туберкулезге қарсы ұйымдардың материалдық-техникалық базаларының талдауы, көптеген аймақтарда инфекциялық бақылау талаптарына сәйкес өткізілетін жұмыстардың тиімділігі мен олардың жетілдірілуі туралы дәлелдейді. Біздің ойымызша, инфекциялық бақылау шараларын одан әрі нығайту үшін алғаш туберкулезбен ауырған науқастар мен кең ауқымды дәріге көнбейтін науқастарға арналған және белгісіз дәріге төзімді бактерия бөлетін ауруы қайталанған науқастар үшін стационарда оқшаулау бөлімін ашып, әлеуметтік компоненттерін күшейтуді енгізумен бірге амбулаторлық жағдайда бактерия бөлмейтін науқастарды емдеу, әлеуметтік бейімделу күші аз стационарларды қысқарту жөнінде ұлттық және аймақтық деңгейде басқару мәселесінің шешімін қабылдауды талап етеді.

### РЕЗЮМЕ

Одними из важных шагов по усилению борьбы с туберкулезом являются меры инфекционного контроля, направленные на минимизацию риска распространения инфекции среди населения и медицинских работников. Основу инфекционного контроля составляет ранняя и быстрая диагностика больных туберкулезом и их эффек-

тивное лечение. Анализ материально-технической базы противотуберкулезных организаций страны свидетельствует об эффективности проводимых работ по их укреплению в соответствии с требованиями инфекционного контроля в большинстве регионов. Но для дальнейшего усиления мер инфекционного контроля, на наш взгляд, требуется принятие управленческих решений на национальном и региональных уровнях в виде сокращения нетиповых, приспособленных, маломощных стационаров, лечения больных без бактериовыделения в амбулаторных условиях с внедрением социально стимулирующего компонента, создания изоляторов в стационарах для впервые выявленных больных и лиц с рецидивами с бактериовыделением с неизвестной лекарственной чувствительностью и для больных ШЛУ ТБ.

### SUMMARY

One of the important steps to enhance the fight against tuberculosis are the infection control policies targeted to minimization of the risk of infection spreading among population and early and rapid diagnostics of TB patients and their effective treatment. Analysis of the logistical base of anti-TB settings prove the effectiveness of the activities conducted in the majority of regions. But for further strengthening of infection control measures, by our mind, foresees the adoption of managerial decisions on the national and regional levels in term of shortening number of no typical, adapted TB settings with few power, treatment of patients without positive sputum smears outpatient implementing the social stimulating component, opening of isolation units in TB clinics for newly detected patients and those with relapses and positive sputum smears and with unknown drug sensitivity, and for patients with XDR TB.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Агзамова Р.А., Толеубекова Г.А., Дакенова Ж.К.,  
Байжанова С.Т.*

*АО «Медицинский университет Астана»,  
Городской противотуберкулезный диспансер, г. Астана*

Проблема туберкулеза у детей и подростков была и остается актуальной в современных условиях [1, 2]. Одним из важных аспектов этой проблемы является вопрос о раннем выявлении долокального периода

первичного инфицирования с целью проведения химиопрофилактики, а также своевременного выявления не осложненных локальных форм первичного туберкулеза [2-4].

В связи с отменой в стране с 1998 года массовых флюорографических осмотров населения и массовой туберкулинодиагностики среди детей и подростков, активные методы выявления туберкулеза в общей лечебной сети в настоящее время применяются дифференцированно:

- туберкулинодиагностика в группах повышенного риска заболевания и перед ревакцинацией;
- ежегодные флюорографические осмотры подростков в возрасте 15-17 лет (как группы риска).

Не менее важным является пассивный метод выявления заболевания при обращении за медицинской помощью, что требует достаточных знаний и осторожности в отношении туберкулеза со стороны специалистов общей лечебной сети (в частности, педиатров) и подростковых кабинетов при обращении к ним лиц с подозрительными клиническими симптомами.

И главное место в раннем выявлении туберкулеза у контактных детей и подростков непосредственно из очагов туберкулезной инфекции, несомненно, отдается фтизиатрической службе.

Как известно, структура впервые выявленных клинических форм туберкулеза среди данных контингентов свидетельствует о качестве проведения всех этих комплексных мероприятий и в определенной степени может оказывать влияние на эффективность проводимой химиотерапии.

Целью исследования явилось изучение эффективности различных методов выявления, структуры клинических форм туберкулеза и исходов лечения у детей и подростков в современных условиях.

#### Материал и методы

Проанализированы истории болезни 105 впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном стационаре г. Астаны за период 2009 – 2010г.г.

#### Результаты и обсуждение

По месту жительства 98 (93,3%) детей и подростков были жителями г. Астаны, 4 (3,8%) – из Акмолинской области, 3 (2,9%) – из других областей республики.

По роду занятий 82 (78,0%) были учащимися средней школы, 7 (6,6%) подростков – студентами колледжа, 2 (2,0%) – студентами ВУЗов, 14 (13,4%) детей – дошкольного возраста.

При анализе по полу девочек было 58 (55,2%), мальчиков – 47 (44,8%). По возрастному составу (рис.1.) наибольшая частота – 66 (62,9%) заболевших туберкулезом приходилась на подростковый период 15-17 лет, в т.ч. девушек было 39 (37,0%), юношей – 27 (25,7%); в возрасте 11 – 14 лет - было 18 (17,1%), в этой возрастной группе не было отмечено различия в

частоте по половому признаку (по 9 мальчиков и девочек); в возрасте 6-10 лет – 11 (10,5%), в т.ч. мальчиков 6 (5,7%), девочек – 5 (4,8%); в возрасте до 5 лет – 10 (9,5%) детей, в этой группе также не было выявлено различия (по 5 мальчиков и девочек).

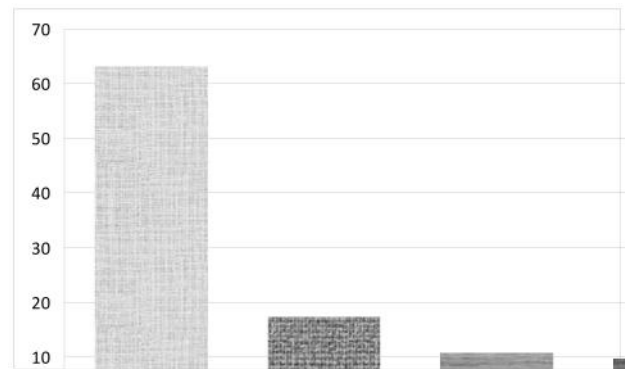


Рис.1 - Возрастная характеристика больных туберкулезом детей и подростков

Таким образом, если в различных возрастных группах среди детей существенного различия по половым признакам не отмечалось, то среди подростков девушек было на 11,3% больше, чем юношей.

Анализ методов выявления туберкулеза (рис.2.) показал, что 45 (42,9%) из всех 105 детей и подростков, а из 66 подростков 68,2% были выявлены методом флюорографии. У 27 (25,7%) больных туберкулез был выявлен при обследовании как контактных лиц, у 18 (17,1%) - при обращении за медицинской помощью, и реже всего методом туберкулинодиагностики – у 15 (14,3%).

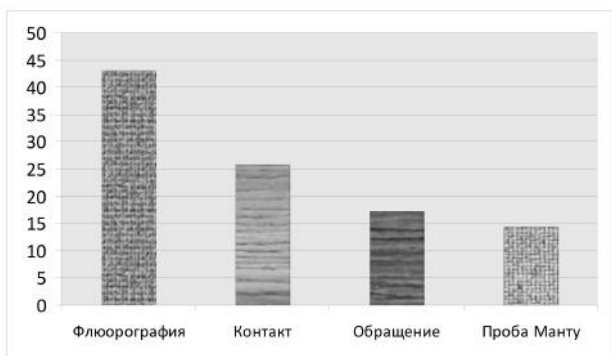


Рис. 2. Методы выявления туберкулеза у детей и подростков

Из 27 контактных лиц 23 (85,2%) были из семейного очага туберкулезной инфекции, 4 (14,8%) – из контакта с родственниками.

Обращает на себя внимание низкий процент выявленных детей и подростков по туберкулиновой пробе Манту (14,3%), что свидетельствует о необходимости постоянного анализа качества формирования групп повышенного риска заболеваемости туберкуле-

зом среди них с целью раннего выявления первичного инфицирования и гиперергических реакций для своевременного проведения химиопрофилактики до возникновения локальных форм туберкулеза.

По клиническим формам (рис.3) больные распределялись следующим образом: более 2/3 составили первичные формы туберкулеза (66-62,8%), в т.ч. в 50 (47,6%) случаях установлен первичный туберкулезный комплекс, в 16 (15,2%) – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. В 28 (26,7%) случаях был диагностирован инфильтративный туберкулез легких, в 6 (5,7%) – очаговый туберкулез легких и в 5 (4,8%) – экссудативный плеврит.

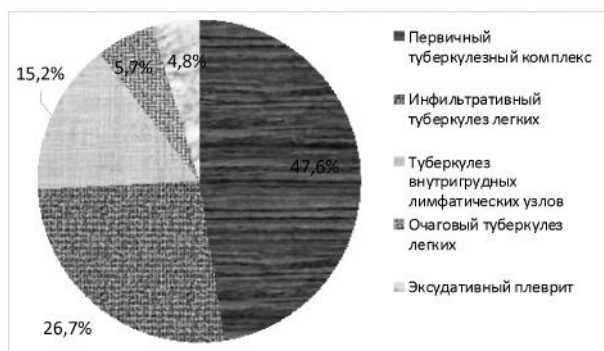


Рис.3. Характеристика клинических форм туберкулеза у детей и подростков

У 26 (24,8%) имелись деструктивные изменения в легких, у 17 (16,2%) – очаги обсеменения, у 16 (15,3%) – выявлено бактериовыделение, у 4 (3,8%) легочный процесс был осложнен экссудативным плевритом.

Стандартный курс химиотерапии по первой категории 4 противотуберкулезными препаратами (HRZE) был назначен 102 больным, 3 больным с малой формой туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов лечение проводилось по третьей категории также 4 противотуберкулезными препаратами (HRZE). Интенсивная фаза лечения по первой категории проводилась в зависимости от распространенности процесса, а также имевшихся осложнений, в течение 2-4 месяцев, по третьей – в течение 2-х месяцев в стационаре. Больным детям и подросткам с осложненным течением туберкулезного процесса, а также из социально неблагополучных и малообеспеченных семей поддерживающая фаза лечения проводилась также в стационарных условиях.

На фоне химиотерапии больные получали патогенетическое лечение, широко применялась витаминотерапия, по показаниям назначались гормональная терапия, гепатопротекторы.

Таким образом, из 105 больных туберкулезом детей и подростков, 88 (83,8%) завершили полный курс

химиотерапии в стационаре, в том числе 76 (86,4%) – эффективно (с исходами «излечен» и «лечение завершено»), 12 (13,6%) – переведены в 4-ю категорию с клинической лекарственной устойчивостью, остальные 17 (16,2%) с ограниченными не осложненными формами первичного туберкулеза из социально благополучных семей переведены на поддерживающую фазу в амбулаторных и санаторных условиях.

**Выводы:**

1. Среди детско-подросткового контингента наиболее уязвимой в отношении туберкулеза остается возрастная группа 15-17 лет: наибольшая частота – в 62,9% заболевание туберкулезом приходилось на подростковый период.

2. 68,2% из 66 подростков были выявлены флюорографическим методом, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности его среди этого контингента с повышенным риском заболевания туберкулезом.

3. Основное внимание фтизиатров в раннем выявлении туберкулеза должно быть сосредоточено на контактных детях и подростках из установленных очагов туберкулезной инфекции: 25,7% новых случаев туберкулеза были выявлены из семейного и родственного контакта.

4. У 17,1% лиц заболевание было установлено при обращении за медицинской помощью, что подтверждает важную роль специалистов общей лечебной сети в выявлении туберкулеза.

5. Низкий процент – 14,3% выявленных детей методом туберкулинодиагностики говорит о необходимости совершенствования работы педиатров общей лечебной сети по качественному формированию групп повышенного риска инфицирования и заболевания, а также полноты охвата их ежегодной постановкой пробы Манту.

6. Среди клинических форм туберкулеза 62,8% составили первичные формы туберкулеза, из вторичных форм чаще всего – в 26,7% - был обнаружен инфильтративный туберкулез легких.

7. Эффективность лечения с исходами «излечен» и «лечение завершено» среди новых случаев туберкулеза у детей и подростков составила 86,4%.

**Литература**

1. Овсянкина Е.С. // Пробл. туб. и болезней легких.-2009. - №1. – С.3-4.
2. Жусупова Р.Ж., Дакенова Ж.К., Пономарева С.В. и др. // Фтизиопульмонология. – 2009. №1(15). – С.25-27.
3. Касимцева О.В. //Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. - №10. – С.32-35.
4. Барышникова Л.А., Аксенова В.А., Федорин

И.М. // Пробл. туб. и болезней легких. – 2009. - №1. – С. 30

### ТҰЖЫРЫМ

2009-2010 жылдарда Астана қаласының туберкулезге қарсы диспансерінде емделген 105 алғаш рет туберкулезбен ауырған балалар мен жасөспірімдердің сырақатнамалары зерттелген. Жасөспірімдер арасында 68,2% туберкулез ауруы флюорография әдісімен тексергенде табылған, балалар мен жасөспірімдердің 25,7% туберкулезбен ауырған отбасы мүшелерімен немесе туыстармен қарым-қатынаста болуымен байланысты тексергенде табылған, 17,1% - өз бетімен дәрігерге қаралған кезде анықталған. Ең сирек туберкулезді табу әдісі туберкулин сынағасы болды – 14,3%, бұл жағдай балалар мен жасөспірімдердің арасында қауып-қатер топтарды дұрыс жинақтауды жетілдіріп, оларды толық туберкулин сынағасымен тексеруді талап етеді.

Туберкулездің клиникалық түрлері ішінде 62,8% біріншілік түрлері құрады, екіншілік түрлердің ішінде ең жиі – 26,7% инфильтративті түрі. Емнің оң нәтижесі (сауықты, ем аяқталды) 86,4% анықталды.

### РЕЗЮМЕ

Изучены истории болезни 105 впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном диспансере г.Астаны за период 2009-2010г.г. В 68,2% подростки были выявлены флюорографическим методом, 25,7% новых случаев туберкулеза среди детей и подростков были выявлены из семейного и родственного контакта, у 17,1% детей и подростков заболевание было установлено при обращении за медицинской помощью. Самый низкий

процент - 14,3% выявленных детей методом туберкулинодиагностики говорит о необходимости совершенствования работы по качественному формированию групп повышенного риска инфицирования и заболевания, а также полноты охвата их ежегодной постановкой пробы Манту. Среди клинических форм туберкулеза 62,8% составили первичные формы туберкулеза, из вторичных форм чаще всего – в 26,7% встречался инфильтративный туберкулез легких.

Эффективность лечения с исходами «излечен» и «лечение завершено» среди новых случаев туберкулеза у детей и подростков составила 86,4%.

### SUMMARY

Disease history of 105 children and adolescents with newly detected tuberculosis treated in the clinic of the municipal TB dispensary of Astana city during 2009-2010 was studied. In 68.2% adolescents were detected by X-ray investigation (fluorographic method). 25.7% of the new cases of tuberculosis among children and adolescents were found out in the familial or relative contact with a source of TB infection. In 17.1% of children and adolescents TB disease was diagnosed at their addressing for medical care. The lowest percent 14.3% of children with TB disease detected through tuberculin diagnosing proves the need in improving the activity in qualitative formation of the higher risk groups to be infected with TB and diseased, and also, in their complete endorsement with Mantou test. Among clinical TB forms 62.8% were its primary forms, out of secondary ones infiltrative pulmonary tuberculosis was the most frequent – 26.7%. Effectiveness of treatment with outcomes “cured” and “treatment completed” among new TB cases in children and adolescents constituted 86.4%.

## АНАЛИЗ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В КУРМАНГАЗИНСКОЙ РАЙОНЕ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ажханова Р.С.*

*Курмангазинский районный противотуберкулезный диспансер*

Туберкулез в Атырауской области, как и во всей республике, остается одной из важных проблем здравоохранения. В области продолжается работа по борь-

бе с туберкулезом. По итогам 2011 года отмечено снижение заболеваемости по сравнению с предыдущими годами.

**Таблица 1 - Заболеваемость больных туберкулезом в 2008-2010 годы в Курмангазинском районе**

| Год                                  | 2008  | 2009  | 2010  |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|
| Заболеваемость на 100 тыс. населения | 150,7 | 133,8 | 128,7 |
| Абс. число больных                   | 89    | 79    | 76    |

Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в целом стала улучшаться, актуальной остается проблема лекарственно-устойчивых форм туберкулеза и большого контингента хронических больных.

В контингенте активных больных из года в год идет рост числа социально дезадаптированных лиц (БОМЖИ, бывшие заключенные, наркоманы, алкоголики, безработные и др.). Они создают большие трудности в плане организации их выявления и лечения.

Удельный вес бациллярных больных среди всех выявленных составил в 2008 году – 42,7%, 2009 – 63,0%, 2010 – 54,0% случаев.

**Таблица 2 - Удельный вес лиц с бациллярными формами туберкулеза в общем числе выявленных больных туберкулезом органов дыхания (%) в Курмангазинском районе**

| Год                     | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------|------|------|------|
| Уд.вес больных МБТ+ (%) | 42,7 | 63,0 | 54,0 |
| Абс. число              | 38   | 50   | 41   |

За период с 2008 по 2010 год отмечается уменьшение количества бациллярных больных, что свидетельствует о выявлении туберкулеза на ранних стадиях заболевания.

Выявление заразных форм туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты является приоритетным для новых случаев туберкулеза. По данным Курмангазинского района, из 2679 обследованных микроскопическим методом у 38 (1,4%) лиц обнаружено МБТ, при стандарте не ниже 5% на 1000 обследованных. Это указывает на необходимость дифференцированного подхода к отбору больных на микроскопию мазка мокроты.

В 2008г. по области флюорографическим методом туберкулез диагностирован в 488 случаях, а в Курмангазинском районе у 55 обследованных из 29780, что составило 3,8 на 1000 обследованных. В 2009 году данный показатель составил 2,6 на 1000 обследованных (абс. число-48 лиц).

Эффективность лечения больных туберкулезом оценивалась показателем конверсии мазка мокроты и закрытием полостей распада. В конце завершения лечения произошло снижение числа конверсий мазка

мокроты с 89,6% до 85,7% и закрытия полостей распада с 81,7 до 78,5% .

Излечиваемость впервые выявленных больных с МТ+ выросла с 88,2 до 91,2% и рецидивов с 61,5 до 59,4 % случаев. Данные представлены ниже в таблице 3.

**Таблица 3 - Эффективность лечения больных туберкулезом в Курмангазинском районе за 2008-2010 г.г.**

| Год                           | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------|------|------|------|
| Конверсия мазка мокроты %     | 89,6 | 88,9 | 85,7 |
| Закрытие полости %            | 81,7 | 83,3 | 78,5 |
| Излечиваемость                |      |      |      |
| впервые выявленных с МБТ+ (%) | 88,2 | 89,6 | 91,2 |
| Излечиваемость рецидивов (%)  | 61,5 | 59,0 | 59,4 |

Показатель смертности (10,7 на 100 тысяч населения в 2008 г.) в Курмангазинском районе снизился до 7,6 на 100 тыс. населения в 2010г. Анализ структуры смертности от туберкулеза показал, что наибольший процент умерших от него оказался среди больных с хроническими его формами (таб. 4).

**Таблица 4 - Смертность от туберкулеза в Курмангазинском районе за период с 2008г. по 2010г.**

| Год   | 2008 | 2009 | 2010 |
|---|------|------|------|
| Показатель смертности на 100 тыс. населения | 10,7 | 8,7  | 8,4  |
| Удельный вес умерших на дому %              | -    | -    | -    |
| Абс.число умерших от туберкулеза            | 6    | 5    | 5    |

Реализация противотуберкулезной программы сопряжена со многими проблемами, требующими больших усилий по ее осуществлению. Интеграция противотуберкулезной службы с сетью первичной медико-санитарной помощи, строгий контроль за лечением больных туберкулезом на стационарном этапе, а также финансовая поддержка со стороны местных органов власти позволяют достичь хороших результатов в лечении туберкулеза.

Поскольку большинство больных туберкулезом относятся к социально уязвимым группам населения, социальная помощь и возмещение транспортных расходов являются важным компонентом социальной поддержки на всех этапах лечения туберкулеза.

**Выводы:**

Таким образом, эпидемиологическая ситуация в Курмангазинском районе, несмотря на незначительное ежегодное снижение эпидемиологических показателей с 2008г., остается напряженной. Условием успешного

выполнения региональной программы борьбы с туберкулезом является интеграция противотуберкулезной службы с сетью первичной медико-санитарной помощи по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза. Финансирование противотуберкулезных учреждений из государственного бюджета, позволит достичь снижения заболеваемости и улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу в городе.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Атырау облысының Қурманғазы ауданы 2008-2010 жылдар аралығындағы туберкулез ауруы бойынша эпидемиологиялық жағдай көрсетілді. Алғаш ауырғандардың есебі 2010 жылы 2008 жылмен салыстырғанда 150,7 -дан 128,7-ға дейін азайды. Емнің тиімділігі жөніндегі көрсеткіш 2008 жылдан бастап көтеріліп, ал қайтыс болғандар саны азайды.

#### РЕЗЮМЕ

В работе представлен анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Курмангазинском районе Атырауской области за период с 2008 по 2010г.г. Заболеваемость в 2010 году в сравнении с 2008 годом имеет тенденцию к снижению с 150,7 до 128,7 на 100 тыс. населения. Результаты проведенного анализа данных показали, что эффективность лечения с 2008 года повышается, показатель смертности уменьшился.

#### SUMMARY

In this work analysis of epidemiological situation on tuberculosis in Kurmangazinsky district of Atyrau region from 2008 to 2010 is presented. TB incidence in 2010 in comparison with that of 2008 tends to decrease from 150,7 to 128,7 per 100.000 of population. Results of the data analysis conducted showed that since 2008 treatment efficiency raised, while TB mortality indicator decreased.

## РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВА ТУБЕРКУЛЁЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ, СНЯТЫХ С УЧЁТА

**Алифтенова А.Б.**

*Областной противотуберкулезный диспансер, г. Петропавловск*

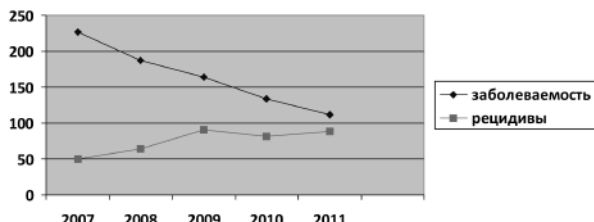
Основными причинами рецидивов туберкулёза являются неполноценно проведённый основной курс лечения, обширные остаточные изменения после перенесенного туберкулёза, сопутствующие заболевания у лиц из группы «риска» рецидива и заболевания туберкулёзом. Проблема рецидивов среди снятых с учёта лиц в современных условиях стала особенно актуальной, так как в последние годы отмечается тенденция к их нарастанию.

Цель исследования - выявление наиболее значимых факторов, способствующих возникновению рецидивов туберкулёза органов дыхания у пациентов, снятых с учёта. Для решения поставленных задач изучены причины возникновения ранних рецидивов в г. Петропавловске в 2011 году. К ранним были отнесены рецидивы, возникшие у клинически излеченных лиц, снятых с учёта. Проанализированы материалы годовых статистических отчётов (форма № 33) ОПТД за этот период, проведены наблюдения и детальный ретроспективный анализ амбулаторных карт 37 больных (рецидивы 2011г.). Из них сформированы 2 группы: 1-я - 18 (больных, у которых был выявлен ранний рецидив туберкулёза органов дыхания), 2-я - 19 больных, которые были излечены от

туберкулёза и сняты с учёта. История развития заболевания у этих пациентов изучена, начиная с периода первичного выявления туберкулёзного процесса.

Анализ показателей частоты развития ранних рецидивов туберкулёза органов дыхания в зависимости от заболеваемости по г. Петропавловску отражен на рисунке, на котором представлена динамика показателя заболеваемости туберкулёзом органов дыхания по г. Петропавловску, начиная с 2007г. С 227,3 на 100 000 населения до 111,9 на 100 000 населения в 2011г. Пик заболеваемости по г. Петропавловску отмечен в 2007г.- 227,3 на 100 000 населения, что было связано с неблагоприятными социально-экономическими условиями в Казахстане, ухудшением качества жизни населения. Самым низким он оказался в 2011г. (111,9 на 100 000 населения). Наиболее высокая частота ранних рецидивов по г. Петропавловску отмечена в 2009г. - 91,0 на 100 000 населения. Самые низкие показатели частоты ранних рецидивов приходятся на 2007г.-49,4 на 100 000 населения. Интенсивный показатель частоты ранних рецидивов туберкулёза органов дыхания по г. Петропавловску увеличился значительно – с 49,6 в 2007г. до 91,0 в 2009г. на 100 000 населения, что, возможно, связано с

сокращением сроков наблюдения в активных группах учёта. По числу случаев рецидивов наиболее высокое число последних приходится на 2011г. - 181 случай, в 2009 - 177 случаев. Но в связи с увеличением численности населения в г. Петропавловске в 2011г. до 204,7 в сравнении с 2009г. - 194,4 тысячи - показатель частоты рецидивов в 2011г. остаётся ниже.



| Годы   | Заболеваемость на 100 тыс. нас. | Рецидивы       | Численность населения |
|--------|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| 2007г. | 227,3                           | 49,6 (96 чел.) | 193,6                 |
| 2008г. | 187,4                           | 64,0 (124)     | 193,7                 |
| 2009г. | 163,6                           | 91,0 (177)     | 194,4                 |
| 2010г. | 133,7                           | 81,5 (166)     | 203,7                 |
| 2011г. | 111,9                           | 88,4 (181)     | 204,7                 |

Территория наблюдения - рабочий посёлок, район вокзала. Проведенный анализ динамики показателей частоты развития ранних рецидивов туберкулёза органов дыхания показал, что пик подъема частоты рецидивов на данной территории наблюдения отмечен в 2009г. (38 случаев заболевания). Самым низким он оказался в 2007г. - 26 случаев заболевания. В районе наблюдения представлено население с низким уровнем жизни (относительно дешёвое жильё привлекает переехавших из районов, мигрантов, безработных, людей с низким достатком). Для выявления причин развития раннего рецидива туберкулёза органов дыхания разработана специальная карта, куда включены часто встречающиеся факторы риска, установленные по наблюдениям и способствующие возникновению рецидива. В структуре клинических форм преобладала инфильтративная форма – у 25 больных (67,6%). Фиброзно-кавернозная форма диагностирована у 6 (16,2%), туберкулома у 2 (5,4%), очаговая форма у 2 (5,4;), цирротическая у 1 (2,7%), диссеминированная у 1 (2,7%) больного. Из 30 повторно заболевших было 28 мужчин (75,7%) и 9 женщин (24,3%).

Ниже приводятся факторы риска возникновения ранних рецидивов у больных туберкулезом легких.

**Факторы риска**

**МЕДИЦИНСКИЕ**

- Бактериовыделение
- Ограниченный процесс
- Распространенный процесс
- Лекарственная устойчивость
- Фаза распада
- Фаза обсеменения
- Большие остаточные изменения
- Малые остаточные изменения
- Волнообразное течение с обострениями
- Сопутствующие заболевания
- Интеркуррентные заболевания
- Неполноценный основной курс лечения исходного заболевания
- Контакт с больными туберкулезом

**СОЦИАЛЬНЫЕ**

- Низкий доход
- Плохие жилищные условия
- Безработность
- Семейная неустроенность
- Вредные привычки
- Пребывание в местах лишения свободы

**Группы больных**

**1-ая (n=18)**

**2-ая (n=19)**

|            |            |
|------------|------------|
| 12(66,7%)  | 15(78,9%)  |
| 3 (16,7%)  | 7 (36,8%)  |
| 16 (88,9%) | 14 (73,7%) |
| 10 (55,6%) | 9 (47,4%)  |
| 10 (55,6%) | 9 (47,4%)  |
| 5 (27,8%)  | 4 (21,1%)  |
| 15 (83,3%) | 5 (26,3%)  |
| 9 (50%)    | 9 (47,4%)  |
| 11 (61,1%) | 2 (10,5%)  |
| 12 (66,7%) | 9 (47,4%)  |
| 11 (61,1%) | 4 (21,1%)  |
| 9 (50%)    | 6 (31,6%)  |
| 6 (33,3%)  | 4 (21,1%)  |
| 12 (66,7%) | 13 (68,4%) |
| 7 (38,9%)  | 9 (47,4%)  |
| 14 (77,8%) | 14 (73,7%) |
| 10 (55,6%) | 12 (63,2%) |
| 14 (77,8%) | 10 (52,6%) |
| 4 (22,2%)  | 9 (47,4%)  |



Ограниченный процесс у 3 (16,7%) и 7 (36,8%), распространенный - у 16 (88,9%) и 14 (73,7%), в первой и второй группах соответственно. Полость распада отмечена у 10 (55,6%) пациентов первой группы и у 9 (47,4%) у второй группы. Большие остаточные изменения имелись чаще в основной группе - у 15 (83,3%) больных по сравнению с группой сравнения - у 5 (26,3%) больных. Малые остаточные изменения отмечены поровну - у 9 (50%) и 9 (47,4%) пациентов обеих групп соответственно. Неполюценный курс химиотерапии исходного заболевания был проведен 9 (50%) больным 1-й группы и 6 больным (31,6%) из 2-й группы. Под неполноценным основным курсом химиотерапии исходного заболевания подразумевали длительные перерывы в лечении и его досрочное прекращение, плохую переносимость противотуберкулезных препаратов, приводившую к их отмене на длительное время. Сопутствующие хронические заболевания представляют один из наиболее важных медицинских факторов риска. Они имелись у 12 (66,7%) больных основной группы, Из сопутствующих заболеваний чаще всего констатированы хронические неспецифические болезни лёгких и хронический алкоголизм. В группе сравнения сопутствующие заболевания были диагностированы реже - у 9 больных (47,4%). В контакте с больными туберкулезом находилось 6 пациентов (33,3%) 1-й и 4 (21,1%) - из группы сравнения, причём у всех 10 больных был бытовой контакт. Эти лица, находившиеся в бытовом контакте с больными туберкулезом, кроме двоих, безразлично относились к своему здоровью, не имели работы, злоупотребляли алкоголем, не соблюдали санитарно-гигиенический режим. Интеркуррентные заболевания, такие как острые респираторные инфекции, острые пневмонии, грипп были диагностированы у 11 (61,1%) и у 4 (21,1%) пациентов 1-й и 2-й групп соответственно.

Определённую роль в развитии раннего рецидива туберкулеза органов дыхания играло и социальное положение больного. Доход ниже прожиточного минимума имело примерно одинаковое число больных обеих групп - 12 (66,7%) и 13 (68,4%) больных соответственно. Плохие жилищные условия (съёмная жилая площадь, проживание в коммунальных квартирах и общежитиях) имели 7 (38,9%) из 1-й группы и 9 (47,4%) из 2-й группы.

10 (55,6%) больных из 1-й группы и 12 (63,2%) из 2-й группы были или одиночками, или имели неполные семьи. Почти у равного числа больных - 14 (77,8%) и 10 (52,6%) - были вредные привычки - злоупотребление алкоголем и курение. Пребывание в местах лишения свободы неоднократно или с большим сроком установлено у 4 (22,2%) и 9 (47,4%) из 2-й группы. Безработных было одинаковое число - по 14 в каждой группе. Среди изложенных причин были выявлены факторы, существенно влияющие на развитие раннего рециди-

ва. Медицинские факторы - фаза распада, большие и малые остаточные изменения, волнообразное течение туберкулеза, сопутствующие заболевания, неполноценный курс химиотерапии исходного заболевания, контакт с больными туберкулезом, интеркуррентные заболевания. Социальные факторы риска - пребывание в местах лишения свободы, отсутствие работы. Среди факторов риска наибольшую распространённость имели медицинские: наибольшую степень влияния на возникновение раннего рецидива туберкулеза органов дыхания оказывала распространённость процесса. Далее, по значимости факторы риска распределились следующим образом: сопутствующие заболевания, контакт с больными туберкулезом, неполноценный основной курс лечения исходного заболевания, интеркуррентные заболевания, наличие фазы распада.

Социальные факторы также влияли на частоту возникновения рецидива. Степень влияния их на возникновение ранних рецидивов оказалась достаточно выраженной: у лиц, не имевших работы - 14 (77,8%) в 1-й и 14 (73,7%) - во 2-й соответственно, и пациентов, отбывших наказание в местах лишения свободы в разные периоды жизни - 4 (22,2%) в 1-й и 9 (47,4%) во 2-й группе наблюдения соответственно.

Анализ характера и частоты факторов риска при раннем рецидиве показывает, что большое значение оказывает не один какой-то фактор, а их сочетание, повышая тем самым риск возникновения рецидива. Количество проявлений этих факторов у пациентов в данных группах указывает на следующую закономерность: если среди перечисленных факторов у пациента встречается 4 признака и более, то вероятность возникновения рецидива высока, если не более 2 признаков - вероятность возникновения рецидива незначительна. У большего числа больных - 12 (66,7%) повторное заболевание развилось в течение первых 2 лет жизни после констатации клинического излечения. В дальнейшем, в сроки до 5 лет, число ранних рецидивов уменьшилось - 6 больных (33,3%).

Таким образом, наиболее тревожным периодом для возникновения раннего рецидива оказались первые 2 года клинического излечения. Основные профилактические мероприятия следует проводить именно в этот период времени. В проведенных наблюдениях общеукрепляющее лечение проводилось у 2 (11,1%) больных 1-й группы и у 4 больных (21,1%) 2-й группы. Общеукрепляющее лечение заключалось в применении санаторно - курортного лечения в реабилитационном республиканском центре Карагай (усиленное сбалансированное питание, профилактическое лечение сопутствующей патологии, климатотерапия. Таким образом, охват профилактическими мероприятиями во 2-й группе в 2 раза больше, чем в 1-й группе.

В Северо-Казахстанской области отсутствуют санатории для лечения и реабилитации взрослого населения больных туберкулезом. Снятые с учёта после окончания сроков наблюдения в противотуберкулёзном диспансере переданы для дальнейшего наблюдения в учреждения первичной медико-санитарной помощи для наблюдения в поликлинической группе «риска». Обследование снятые с учёта пациенты из группы «риска» после излечения туберкулеза проходят 1 раз в год (до 100%).

Совершенствование профилактики ранних рецидивов туберкулеза органов дыхания в свете всеобщей диспансеризации населения должно также предусматривать своевременное выявление и лечение интеркуррентных заболеваний, как среди контингентов 2 группы диспансерного учёта, так и среди лиц, снятых с учёта.

Лечение в период обострения хронического неспецифического заболевания у лиц с повышенным риском возникновения раннего рецидива целесообразно проводить в стационаре соответствующих соматических отделений.

#### Выводы:

1. По г. Петропавловску показатель распространенности ранних рецидивов туберкулёза органов дыхания с 2007г. увеличился почти в 2 раза - с 49,6 до 91,0 на 100 000 населения. Скорее всего, это связано с сокращением сроков наблюдения в активных группах учёта и увеличением числа лиц, снятых с диспансерного учёта.

2. Наибольшее значение в развитии раннего рецидива имели медицинские факторы риска: сопутствующие заболевания, волнообразное течение туберкулезного процесса, контакт с больными туберкулезом, неполноценный основной курс лечения исходного заболевания, интеркуррентные заболевания, наличие фазы распада при исходном заболевании, большие и малые остаточные изменения. Социальные факторы риска также оказывали значительное влияние на частоту возникновения рецидива (безработные лица и пациенты, отбывшие сроки наказания в местах лишения свободы).

3. Риск возникновения рецидива повышалось сочетание нескольких неблагоприятных факторов, например, 4 и более; в случае же проявления не более 2 факторов риска вероятность возникновения рецидива оказывалась несущественной.

4. Профилактические мероприятия, включающие общеукрепляющую терапию (санаторное лечение), целесообразно проводить в течение первых 2 лет наблюдения по 2-й группе диспансерного учёта лицам, имеющим сочетание 4 значимых факторов риска и более.

#### Литература

1. Краснов В.А., Поташова В.А., Зырянова Т.В. и др. // Пробл. туб.- 1993.-№ 5.- С.14-16.

2. Петренко В.М. и др. // Врач. дело. -1991.-№ 3.- С.37-40.

3. Максимова О.Н. Особенности развития и течения рецидивов туберкулёза лёгких: Автореф.дис... канд. мед. наук. - М., 2004.- 24с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада диспансерлік есептен шығарылған науқастардың тыныс алу мүшелері туберкулезінің қайталану қаупі көрсетілген. Ерте қайталанудың дамуына маңызды әсер ететін факторлардың арасында, медициналық және әлеуметтік факторлар да анықталды. Медициналық қауіп факторларына – ілеспе аурулар, туберкулез процессінің толқын тәріздес ағымы, туберкулез науқасымен қарым-қатынас, емделудің толық емес негізгі курсы, қосымша аурулар, ыдырау сатысының болуы, өкпе туберкулезінен кейінгі кіші және үлкен қалдық өзгерісі жатады. Әлеуметтік факторға қауіп аздау дегенмен де, оларға да көптеген кері әсерін тигізеді – мысалы; жұмыссыздар, түрмеде отырғандар. Ерте қайталанудың пайда болуы үшін 4 және одан да көп белгілердің үйлесуі көп әсер етеді. Екеуден кем емес қауіп-қатер факторының пайда болу жағдайында қайталанудың көрінуі қауіпті емес.

#### РЕЗЮМЕ

В статье оценивается риск возникновения рецидива туберкулеза органов дыхания среди лиц, снятых с диспансерного учёта. Среди факторов, существенно влияющих на развитие раннего рецидива, выявлены медицинские и социальные факторы. К медицинским факторам риска относятся сопутствующие заболевания, волнообразное течение туберкулезного процесса, контакт с больным туберкулезом, неполноценный основной курс лечения исходного заболевания, интеркуррентные заболевания, наличие фазы распада, большие и малые остаточные изменения. Социальных факторов риска было меньше, однако, они также оказывали большое влияние, например, безработность и пребывание в местах лишения свободы. Для возникновения раннего рецидива имело значение сочетание 4 значимых признаков и более; в случае проявления не более 2 факторов риска вероятность возникновения рецидива оказалась несущественной.

#### SUMMARY

There were analyzed the risk factors for pulmonary tuberculosis relapse development among persons released from dispensary registration. Among other factors that substantially influenced on the development of early TB disease recurrence medical and social factors were identified. Medical factors were as followed: a comorbidity, the undulating course of TB process, a contact with a

tuberculosis patient, an ineffective basic course of therapy for the main disease, intercurrent diseases, destruction phase of TB process in lungs, major and minor residual lung changes. Social risk factors were fewer than social ones, however, they also had a great influence, especially

jobless and prison confinement of some patients. A combination of 4 significant signs or more was of the great importance in development of early TB recurrence; in case of more than 2 risk factors the likelihood of a recurrence proved to be insignificant.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Зинковская Т.Н.*

*Северо-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер*

В настоящее время в области отмечается стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди детей. За последние 3 года заболеваемость туберкулезом в области в среднем составила среди всего населения 127,1 (максимальная в 2008г., постепенно снизилась в 2010г.), среди детей – 21,8 на 100 тысяч населения (максимальная в 2008 г., постепенно снизилась к 2010г.). Соотношение заболеваемости детей и всего населения в среднем составляет 5,8.

**Таблица 1 - Заболеваемость туберкулезом в области**

|           | 2008 год |       | 2009 год |       | 2010 год |       |
|-----------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|           | СКО      | РК    | СКО      | РК    | СКО      | РК    |
| Всего     | 156,2    | 125,5 | 119,5    | 105,3 | 105,7    | 95,3  |
| Дети      | 28,2     | 26,0  | 22,0     | 20,9  | 16,0     | 18,3  |
| Подростки | 100,0    | 126,8 | 71,9     | 117,1 | 68,9     | 105,4 |

Целью исследования явилось изучение влияния семейного и внесемейного контакта, а также факторов риска на заболеваемость туберкулезом детей в Северо-Казахстанской области.

Проанализированы истории болезни 81 ребенка,

находившегося на лечении в детском отделении областного противотуберкулезного диспансера. Полученные данные проанализированы с учетом наличия или отсутствия каких-либо контактов с больными туберкулезом, проведения специфической и неспецифической профилактики, имеющихся факторов риска, социального статуса (из асоциальных и неполных семей, воспитанники детских домов и интернатов, мигранты). В 61,7% случаев дети были из социально значимых слоев населения, в том числе из малообеспеченных семей 39 детей – 48,1%, 21 ребенок – 26% из неполных семей, 4 человека – 4,9% из семей мигрантов, 3 детей из детских домов – 3,7%, и 31 ребенок – 38,3% из благополучных семей.

При анализе социальной среды, в которой находились дети анализируемых групп, было отмечено, что 25,0% контактных из очагов бактериовыделения и 14,5% из очагов без бактериовыделения имели низкий уровень санитарной культуры. На основании проведенного анализа установлено, что в наибольшей степени предрасполагает к заболеванию детей наличие семейного контакта с взрослыми бактериовыделителями. В то же время в последние годы немаловажную роль играют и внесемейные контакты.

**Таблица 2 - Распределение контактов у детей, заболевших туберкулезом, по возрастам**

| Категория контакта    | Всего      | 0 - 3    | 4 - 6      | 7 - 10     | 11 - 14    |
|-----------------------|------------|----------|------------|------------|------------|
| Заболело              | 81 – 100%  | 7 – 8,6% | 10 – 12,4% | 31 – 38,2% | 33 – 40,8% |
| Контакт               | 51 – 63,0% | 6 – 7,4% | 8 – 9,9%   | 21 – 25,9% | 16 – 19,8% |
| В т. ч. МЛУ           | 17 – 20,9% | 4 – 4,9% | 4 – 4,9%   | 4 – 4,9%   | 5 – 6,2%   |
| Семейный              | 32 – 39,6% | 2 – 2,5% | 5 – 6,2%   | 14 – 17,3% | 11 – 13,6% |
| Родственный           | 16 – 19,8% | 3 – 3,7% | 2 – 2,5%   | 6 – 7,4%   | 5 – 6,2%   |
| Жилье, соседи         | 3 – 3,6%   | 1 – 1,2% | 1 – 1,2%   | 1 – 1,2%   | -          |
| Контакт не установлен | 30 – 37,0% | 1 – 1,2% | 2 – 2,5%   | 10 – 12,3% | 17 – 21,0% |

Семейные контакты составили 39,6%, родственные – 19,8%, контакт не установлен у 37,0% заболевших туберкулезом детей. По данным анамнеза, источник инфицирования установлен у 51 ребенка (63,0%). Среди установленных источников инфекции преобладали бактериовыделители, имевшие семейный контакт с детьми – 29 случаев среди заболевших детей – 35,8%. Кроме того, среди бактериовыделителей, контактировавших с детьми, 10 имели туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – 12,3%.

Некоторые дети не состояли на учете в противотуберкулезных учреждениях области как контактные и были выявлены одновременно со взрослыми. Сначала был диагностирован туберкулез у одного из членов семьи, а затем при обследовании контактных выявлялось заболевание у детей в семье. Из 81 случая таких детей оказалось 9 человек, что составило 11,1%.

У трети – 30 детей (37,0%) – источник инфицирования остался неустановленным. Как правило, это взрослые больные туберкулезом, проживающие вне семьи ребенка. Среди неизвестных источников есть не выявленные больные туберкулезом, а также состоящие на учете бактериовыделители – нарушители больничного режима, отказывающиеся от изоляции и лечения.

Заболеваемость контактных детей из наблюдаемых семейных очагов обусловлена не только недостаточной работой в очагах, но и проводимым профилактическим лечением контактных без учета лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза у источника инфекции к противотуберкулезным препаратам, а также отказом родителей от пребывания (изоляция и оздоровления) контактных в условиях санаторной школы, санатория. Кроме того, в области в имеющихся детских садах функционируют только 7 санаторных групп, что недостаточно для оздоровления детей дошкольного возраста.

Для повышения эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий в очагах туберкулеза необходимо усилить работу в очагах: традиционные методы обследования контактных, санаторно-оздоровительное лечение в санаториях, санаторных школах и детских садах, улучшить санитарно-просветительную работу в очагах и среди населения. В условиях роста туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью необходимо принять решение о вари-

антах химиопрофилактического лечения у детей, проживающих в очагах туберкулеза, с учетом лекарственной чувствительности МБТ у источника инфекции.

### Литература

1. Клочкова Л.В. // Туберкулез и болезни легких. -2011. - №4. – С. 194.
2. Баласанянц Г.С, Федоров С.В. //Пробл. туб. и болезней легких. -2008. - №11. – С. 15–19.
3. Демикова О.В. и др. //Туберкулез и болезни легких. -2011. - №4.–С. 124–125.

### ТҰЖЫРЫМ

Балалар бөлімшесінде емделген және туберкулездің белсенді түрін жұқтырған 81 баланың сырқатнамасы талданды. Аурудың дамуымен балалардың туберкулезді жұқтырудың 63,0% жағдайының себебі туберкулезбен ауыратын науқаспен туыстық қарым-қатынаста бірге болғандықтан болады. Одан басқа 61,7% жағдайда аурудың дамуына балалар болатын әлеуметтік орта әсер етеді. (37,0%) көрсеткіште отбасыдан тыс бактерия бөлетін науқаспен қарым қатынаста болғандар.

### РЕЗЮМЕ

Проанализирована 81 история болезни детей, заразившихся активным туберкулезом и пролечившихся в детском отделении. В 63,0% случаев причиной инфицирования туберкулезом детей с развитием заболевания является наличие семейных и родственных контактов с больными туберкулезом. Кроме того, в 61,7% случаев развитию заболевания способствовала социальная среда, в которой находились дети. Высоким остается процент (37,0%) внесемейных контактов с бактериовыделителями.

### SUMMARY

There were analyzed 81 history of TB disease of children infected with active tuberculosis and treated in the pediatric unit. In 63.0% cases the cause of tuberculosis infection with TB disease development is the presence of familial and relative contacts with TB patients. In addition, the social environment where the children lived contributed to TB disease development in 61.7% of cases. Percentage remains high (37.0%) outside the family contacts TB sources with positive sputum smear.

## ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ DOTS-ТЕРАПИИ

**Калина Р.К.**

*Павлодарский областной противотуберкулёзный диспансер*

Проблема заболеваемости населения туберкулёзом является одной из самых актуальных в мире. В связи с напряжённой эпидемиологической ситуацией по туберкулёзу в Павлодарской области в 2000-2005г.г. были предприняты энергичные меры по её улучшению. Показатель заболеваемости среди впервые заболевших туберкулёзом с 2005 года в области уменьшился с 1330 до 680 человек. По итогам 2011 года показатель заболеваемости составил 91,1 на 100 тыс. населения против 98,0 в 2010 году, то есть снижение на 7% (для сравнения: республиканский показатель равен 86,4).

Несмотря на это, проблема рецидивов туберкулёза продолжает оставаться актуальной и на сегодняшний день, так как повторное заболевание протекает более тяжело, чем первичное.

Удельный вес рецидивов в общей структуре за-

болеваемости составил в 2009г. - 18,6%, 2010г. - 22%, 2011г. - 21,7%.

Риску развития повторных случаев туберкулеза под воздействием тех или иных факторов подвергаются все пациенты в течение всей жизни. Самый значительный фактор, влияющий на развитие ТБ после перенесенного заболевания - ослабление иммунитета. У лиц с нормальным иммунитетом риск развития заболевания оценивается в пределах 10%. Снижение иммунитета непосредственно связано с социальным статусом больного (полноценное питание, оздоровление) и наличием вредных привычек (алкоголь, наркотики, никотин). Риск развития ТБ у ВИЧ-инфицированных оценивается в пределах 50%.

Мною проведён анализ 241случая рецидива туберкулёза, зарегистрированного в 2011 году, после лечения курсом DOTS-терапии.

**Таблица 1 – Распределение лиц с рецидивом ТБ по социальному статусу**

| Всего рецидивов | Социальный статус |             |                        |            |          |          |            |
|-----------------|-------------------|-------------|------------------------|------------|----------|----------|------------|
|                 | Бездомные         | Безработные | Алкоголики и наркоманы | Пенсионеры | Студенты | Инвалиды | Работающие |
| 241             | 35                | 138         | 95                     | 22         | 1        | 13       | 12         |
| 100%            | 14,5              | 57,3        | 39,4                   | 9,1        | 0,4      | 5,4      | 5,0        |

Наибольший процент данной когорты приходится на:

- 1) безработных - 43,7%;
- 2) алкоголиков и наркоманов – 30,1%;
- 4) бездомных – 11,1%.

Это подтверждает тот факт, что рецидивам туберкулёза подвержены наиболее социально уязвимые слои общества, среди которых неблагоприятным фактором риска является наличие сопутствующих заболеваний, таких как алкоголизм и наркомания.

К факторам риска развития повторных вспышек туберкулёзного процесса после полного эффективного курса лечения по стратегии DOTS относятся сокращение сроков лечения при первом эпизоде, нарушение регулярности приёма противотуберкулёзных препаратов и наличие множественной лекарственной устойчивости к противотуберкулёзным препаратам. Сочетание указанных неблагоприятных факторов способствовало снижению защитных сил организма и реактивации ранее излеченного туберкулёза.

**Таблица 2 - Факторы или причины риска развития рецидивов**

| Всего рецидивов | Факторы или причины                           |                                      |   |                |
|-----------------|---|--------------------------------------|---|----------------|
|                 | Амбулаторно перерывы в лечении (эпизодически) | Нарушение режима лечения (постоянно) | Имели лекарственную резистентность при первом эпизоде заболевания | ВИЧ - статус + |
| 241             | 32  | 16                                   | 96  | 18             |
| 100%            | 13,3  | 6,6                                  | 39,8  | 7,8            |

При изучении причин развития рецидивов после полного курса DOT-терапии установлено, что среди 241 больных с рецидивами в предыдущих эпизодах

лечения у 96 (39,8%) документирована множественная лекарственная устойчивость, у 48 (79,7%) отмечалось нарушение режима лечения.

**Таблица 3 - Сроки развития рецидивов**

| Факторы риска развития рецидива                     | Сроки |                        |                     |                        |                       |
|---|-------|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
|   | Всего | Рецидив через 2-6 мес. | Рецидив через 1 год | Рецидив через 1-2 года | Рецидив через 2-5 лет |
| Амбулаторно перерывы в лечении (эпизодически)       | 32    |                        |                     | 8 (25%)                | 24 (75%)              |
| Нарушение режима (постоянно)                        | 16    | 2 (12,5%)              | 4 (25%)             | 10 (62,5%)             |                       |
| Имели лекарственную устойчивость при первом эпизоде | 96    |                        |                     | 24 (25%)               | 72 (75%)              |
| ВИЧ-статус +  | 18    |                        | 6 (33,3%)           | 7 (38,9%)              | 5 (27,8%)             |

Анализируя сроки развития рецидивов, можно сказать, что у всех больных, имевших в анамнезе неблагоприятные факторы, в последующем развился рецидив туберкулёза, при этом в случаях с постоянным нарушением режима лечения на фоне злоупотребления алкоголем рецидив туберкулёза развивался уже через 2-6 месяцев после лечения.

**Выводы**

С целью прекращения развития рецидивов заболевания, необходимо:

- проводить адекватную по срокам химиотерапию, в зависимости от наличия бактериовыделения и мультирезистентности;
- усилить контроль за качеством лечения больных на поддерживающей фазе в амбулаторных условиях;
- целенаправленно проводить санитарно-просветительную работу среди населения с целью предупреждения заболевания туберкулёзом, а также среди больных с целью предотвращения повторного развития болезни.

**Литература**

1. Ильина Т. Я. // Пробл. туб. - 2005. - № 7. - С. 15-17.
2. Агзамова Р.А. // III (XII) съезд врачей-фтизиатров: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 1997. - С. 24.
3. Адильгожин С. А. // XI съезд врачей-фтизиатров: сб. науч. тр. - СПб., 1992. - С. 65.
4. Аксенова В. А. Пособие для специалистов общей лечебной сети и фтизиатров по своевременной диагностике больных туберкулёзом и профилактике рецидивов. - М., 1996. - 32 с.

**ТҰЖЫРЫМ**

Павлодар облысында жалпы құрылымдағы аурудың қайталануының үлестік салмағы 2009ж. - 18,6%, 2010ж. - 22%, 2011ж. - 21,7% құрады. DOTS-терапиясымен ем алғаннан кейін 2011жылы туберкулёздің қайталануымен тіркелген 241 жағдайға талдау жасалған. Осы топтың негізгі құрамын 43,7%-бен жұмыссыздар, 30,1% маскүнемдер мен есірткі пайдаланушылар, 11,1% үй-жайы жоқ көше кезбелері құрайды. Алдыңғы ем нәтижесіндегі ауруы қайталанған 241 науқастардың арасындағы

96 (39,8%) көп дәріге төзімділіктегі туберкулёз екені анықталса, 48 (79,7%) ем тәртібін бұзғандары екені құжат бойынша көрсетілген. Бактерия бөлетіндер мен мультирезистенттіліктің табылуына байланысты оларға химия терапия емін жүйелі түрде жүргізуді қажет етеді, сонымен қатар амбулаторлық жағдайда науқастарды жалғастыру кезеңімен емдеудің сапасын жетілдіру тиіс.

**РЕЗЮМЕ**

В Павлодарской области удельный вес рецидивов в общей структуре заболеваемости составил в 2009г. - 18,6%, 2010г. - 22%, 2011г. - 21,7%. Автором проведён анализ 241 случая рецидива туберкулёза, зарегистрированного в 2011 году, после лечения курсом DOTS-терапии. Наибольший процент данной когорты приходится на безработных - 43,7%; алкоголиков и наркоманов - 30,1%; бездомных - 11,1%. Среди 241 больных с рецидивами в предыдущих эпизодах лечения у 96 (39,8%) документирована множественная лекарственная устойчивость, у 48 (79,7%) отмечалось нарушение режима лечения. Анализ причин свидетельствует о необходимости проводить адекватную по срокам химиотерапию, в зависимости от наличия бактериовыделения и мультирезистентности, а также усилить контроль за качеством лечения больных на поддерживающей фазе в амбулаторных условиях.

**SUMMARY**

In Pavlodarskaya oblast percentage of TB relapses in general structure of TB incidence constituted 18.6% in 2009, 22.0% in 2010, 21.7% in 2011. Analysis of 241 cases of TB registered in 2011 relapses emerged after course of DOTS therapy completed was conducted. The most percent of this cohort of patients constituted jobless people - 43.7%, alcoholics and drug abusers - 30.1%, homeless - 11.1%. Among 241 patients with relapses after previous courses of treatment multidrug resistance was documented, 48 (79.7%) patients were defaulters. Analysis of causes proves the necessity to conduct the adequate chemotherapy in term of duration depending on presence of positive sputum smears and multidrug resistance, and to enhance the control over quality of treatment of patients in continuation phase out-patient.

## АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2010 ГОДЫ

**Калина Р.К.**

*Павлодарский областной противотуберкулёзный диспансер*

Противотуберкулёзная помощь населению области оказывается областным противотуберкулёзным диспансером с коечной мощностью 535 коек, двумя городскими и девятью районными туберкулёзными больницами мощностью 370 коек. Всего - 905 коек. Согласно приказам Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК «Об аккредитации субъектов здравоохранения» №554, №596, № 633 от 26.11.2010 года аккредитованы все противотуберкулёзные учреждения области, при этом сроком на 4 года аккредитованы 8 учреждений, в том числе областной противотуберкулёзный диспансер.

Противотуберкулёзной службой области в 2011 году проведены следующие мероприятия, сыгравшие определённую роль в улучшении эпидемиологической ситуации:

1) противотуберкулёзные мероприятия в области проводились согласно разработанным фтизиатрами совместно со специалистами УГСЭН планами мероприятий по усилению борьбы с туберкулёзом на 2011 год, утвержденными акимами городов и районов.

2) фтизиатрами ОПТД с мониторинговыми визитами, а также с консультативной и практической помощью. Сделано 24 выезда в города и районы области. Проведено 6 заседаний комиссии по борьбе с туберкулезом при управлении здравоохранения области, на котором заслушивались отчёты руководителей медицинских организации по проведению противотуберкулёзных мероприятий.

3) С августа 2011 года в области внедряется проект 8 раунда в рамках Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, целью которого является снижение бремени туберкулеза в Казахстане через улучшение менеджмента лекарственно-устойчивого туберкулеза, согласно которому проводится ежеквартальный внутриучрежденческий мониторинг отделений МЛУ ТБ с использованием чек-листов, а также с использованием анкет для пациентов.

5) В рамках реализации проектов Глобального Фонда всего охвачено обучением 219 специалистов (врачи) области, из них 160 из ПМСП. По ведению больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ обучено 24 фтизиатра, по ведению больных МЛУ ТБ-20 фтизиатров. Специалистами группы обучения областного противоту-

беркулёзного диспансера проведено обучение с последующей аттестацией на базе ОПТД 80 средних медицинских работников из числа химизаторов, медсестёр комнат сбора мокроты.

Из средств НПО «Партнёры во имя здоровья» обучено 39 средних медицинских работников тубучреждений на тему «Советники по соблюдению режима».

6) С целью раннего выявления туберкулёза в отчётном году специалистами сети ПМСП охвачено осмотрами население в количестве 407772 человек, из них:

- методом флюорографии - 319035 человек, что соответствовало плану, в том числе передвижными флюорографическими установками охвачено сельское население 12 районов области в количестве 32889 человек. Выявляемость туберкулёза флюорографическим методом составила 2,3 на 1000 осмотренных (в 2010г -2,8). Среди впервые заболевших взрослых больных и подростков, процент выявления профилактическими флюорографическими осмотрами составил 74,2% (в 2010г - 70%);

- методом туберкулинодиагностики охвачено 79806 детей, выполнение составило 103% от годового плана. Перевыполнение плана на 2,5 тыс. было связано с проведением реакции Манту по эпидемиологическим показаниям детям в сс. Песчаное, Шалдай. Профилактическими осмотрами выявлено 84,6% заболевших туберкулёзом детей.

- методом бактериоскопии мокроты на МБТ обследовано лиц с подозрением на туберкулёз 8931, выявлено больных с бацилловыделением 358. Выявляемость возросла с 3,2 до 4,0 на 1000 осмотренных (стандарт ВОЗ -5,0)

7) Продолжается работа по взаимодействию между ОПТД и противотуберкулёзным исправительным учреждением области: проводится ежемесячная сверка по лицам, освободившимся из мест заключения и вставшим на диспансерный учёт. Процент взятия их на диспансерный учёт составляет 86,4%.

Несмотря на сложность ситуации по туберкулёзу, в последние годы отмечается неуклонное снижение показателя заболеваемости с 112,4 на 100 тыс. населения в 2009 году до 91,1 в 2010 году.

**Таблица 1 – Заболеваемость туберкулёзом на 100 тыс. населения по РК и Павлодарской области за 2009-2010г.г.**

| Регион               | 2009 год | 2010 год | 2011 год |
|----------------------|----------|----------|----------|
| РК                   | 105,4    | 95,5     | 86,8     |
| Павлодарская область | 112,4    | 98,0     | 91,1     |

Ежегодно снижается и абсолютное количество впервые выявленных больных туберкулёзом. Так, в 2009 году выявлено 843 больных туберкулёзом, в 2010 году - 730 и в 2011 году - 680 больных; темп снижения заболеваемости за 3 года составил 18,9%.

Отмечается тенденция к увеличению числа заболевших лиц туберкулёзом среди городского населения, так, по итогам 2011 года их количество превысило в 2,8 раза заболевших среди сельских жителей (502 против 178). В городе Павлодаре зарегистрировано 336 впервые заболевших больных, что составляет 49,4% из общего количества впервые заболевших больных, в городе Экибастузе – 120 больных (17,6%), в городе Аксу – 46 больных (6,8%).

Одним из критериев, определяющих степень тяжести эпидемиологической ситуации, является заболеваемость детей и подростков.

Ниже в таблице 2 и 3 представлены показатели заболеваемости за 2009-2011 г.г.

**Таблица 2 – Заболеваемость туберкулёзом детей на 100 тыс. населения по Республике Казахстан и Павлодарской области за 2009-2011г.г.**

| Регион            | 2009год | 2010 год | 2011год |
|-------------------|---------|----------|---------|
| РК                | 20,9    | 18,3     | 15,6    |
| Павлодарская обл. | 20,0    | 20,7     | 17,9    |

**Таблица 3 – Заболеваемость туберкулёзом среди подростков на 100 тыс населения в Республике Казахстан и Павлодарской области за 2009-2011г.г.**

| Регион            | 2009 год | 2010 год | 2011 год |
|-------------------|----------|----------|----------|
| РК                | 117,1    | 105,4    | 92,7     |
| Павлодарская обл. | 145,7    | 123,7    | 117,8    |

В динамике за указанный период регистрируется снижение заболеваемости туберкулёзом среди детей и подростков на 10% и 19% соответственно.

В то же время показатель заболеваемости среди подростков по области превышает республиканский в 1,3 раза. Основными причинами неблагополучия по заболеваемости туберкулёзом среди подростков являются:

- выявление туберкулёза среди лиц из социально-неблагополучных и малообеспеченных семей

- высокая инфицированность подросткового населения из числа заболевших

- нейрогормональная перестройка организма подростка, стрессовые ситуации, неполноценное питание и др.

- недостаточная организация работы с подростковым населением в сети ПМСП, особенно с неорганизованными контингентами

**Таблица 4 – Показатель смертности от туберкулёза в период 2009-2011г.г.**

| Регион            | 2009год | 2010 год | 2011год |
|-------------------|---------|----------|---------|
| РК                | 12,4    | 10,3     | 8,1     |
| Павлодарская обл. | 16,3    | 13,3     | 8,0     |

В 2011 году всего умерли от ТБ 122 человек против 99 в 2009 году и 60 в 2011 году.

В структуре умерших от туберкулеза в 2011 году наибольший удельный вес составляют больные с множественной лекарственной устойчивостью – 70,5% с рецидивами – 27%. Снизилось количество умерших от туберкулеза на территории КУИС МЮ РК – 1 человек (в 2010 году -11 чел).

Гистологически диагноз туберкулеза подтвержден в 98,3%. Выдано судебно-медицинской экспертизой справок о смерти от туберкулёза 9 (в 2010г. - 17).

Таким образом, основной причиной смертности является наличие осложненных форм хронического мультирезистентного туберкулеза.

Одной из главных проблем противотуберкулёзной службы в области, как и в республике в целом, является имеющийся резервуар больных с мультирезистентными формами туберкулёза, который составляет на 01.01.12г. 42% к общему числу активных больных.

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в РК» и Приказа МЗ РК №129 «Об усилении мер по предупреждению формирования резистентных форм туберкулёза в Республике Казахстан» в области с 2009 года проведена реструктуризация противотуберкулёзных учреждений в рамках имеющейся коечной мощности, с разделением потоков больных туберкулёзом в зависимости от эпидемиологического статуса.

Увеличилась мощность специализированных отделений для лечения больных МЛУ ТБ до 140 коек. Аналогичное отделение создано на 70 коек в Экибастузской туббольнице. С 2010 года лаборатория областного противотуберкулёзного диспансера использует автоматизированную систему ВАСТЕС MGIT–960 для идентификации микобактерий из клинических образцов и определения чувствительности к лекарственным препаратам, которая позволяет получить результаты тестов



на лекарственную чувствительность в 4-5 раз раньше, чем до её применения. Все больные туберкулёзом обследовались на лекарственную чувствительность для раннего выявления МЛУ ТБ и своевременного рассмотрения вопроса о коррекции режима лечения.

### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2009-2011 жылдар аралығында Павлодар облысы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың салыстыру аспектілері келтірілген. Жоспарлы жұмыстардың нәтижесінде туберкулез бойынша негізгі эпидемиологиялық көрсеткіші төмендеуде. Осылайша, облыста туберкулезге қарсы қызметтің басты мәселелерінің бірі- мультирезистентті туберкулез түрімен ауыратын науқастар болып табылады, 2012 жылдың басында туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастардың жалпы саны 42% құрайды.

### РЕЗЮМЕ

В статье приводятся в сравнительном аспекте

данные эпидемиологической ситуации по Павлодарской области за 2009-2011 годы. В результате планомерной работы снижаются основные эпидемиологические показатели по туберкулезу. И, тем не менее, установлено, что одной из главных проблем противотуберкулёзной службы в области является имеющийся резервуар больных с мультирезистентными формами туберкулёза, который составляет на начало 2012 года 42% от общего числа активных больных.

### SUMMARY

In this paper there are given comparatively data on epidemiological situation on TB over Pavlodarskaja oblast for 2009-2011. As a result of planned work main epidemiological indicators on TB decreased. But it has been stated that one of the principal problems of oblast' anti-TB Service is the pool of patients with multi-drug resistant TB forms which constituted 42.0% out of total number of patients with active TB at the beginning of 2012.

## АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009- 2011 ГОДЫ

*Карабаева К.М.*

*ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер», г.Павлодар*

Данные Всемирной организации здравоохранения за 2010 года свидетельствуют, что в результате увеличения финансирования смертность от туберкулеза в мире сократилась на 35% за период с 1990 по 2009 г. Дальнейшей целью тысячелетия является сокращение смертности от туберкулеза вдвое к 2015 году.

В Павлодарской области на протяжении 3 лет эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза имеют тенденцию к стабилизации и снижению.

**Таблица 1- Эпидемиологические показатели области за 2009- 2011 г.г.**

| Эпид.показатели | 2009г. |       | 2010г. |       | 2011г. |       |
|-----------------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| заболеваемость  | 843    | 112,4 | 730    | 98,0  | 680    | 91,1  |
| смертность      | 122    | 16,3  | 99     | 13,3  | 61     | 8,2   |
| болезненность   | 1616   | 215,3 | 1534   | 205,6 | 1444   | 194,0 |

Показатель заболеваемости снизился в 1,6 раза и составил в 2011 году 91,1 на 100 тыс. населения в сравнении за аналогичный период 2009 года.

По показателю смертности от туберкулёза отмечается снижение в 2 раза: в 2009 году - 16,3, а в 2011 г. - 8,2 на 100 тыс. населения. В абсолютных числах ко-

личество умерших в 2009 г. составило 122 человека, что на 61 случай меньше, чем за аналогичный период 2011 г.

При анализе умерших больных от туберкулеза в 2009 г. установлено, что 74,7% составляли больные с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, не-

однократно принимавшие ПТП - 91 случай, с рецидивами - 23,7% (29 случаев) и 1,6% (2 случая) с впервые установленным диагнозом.

Анализ 99 умерших от туберкулеза в 2010г. (на 23 случая меньше 2009г.) показал, что у 81,8% хронических больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза (81случай), с рецидивами - 17,2% (17 случаев) и 1% (1 случай) с впервые установленным диагнозом.

В абсолютных числах количество умерших в 2011г. составило 61, что на 28 случаев меньше, чем за аналогичный период 2010г. Анализ умерших больных от туберкулеза установил, что 81,2% составляли боль-

ные с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, неоднократно принимавшие ПТП - 56 случаев, с рецидивами – 8,1% (5 случаев).

Полимультirezистентная форма определена у данной категории от 74% - 82% в 2009-2010 годах, в 2011г. - 81,2% ( в том числе у 3 установлена ШЛУ).

Анализ за 3 года показал, что одной из основных причин смерти от туберкулеза явился рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза и числа рецидивов в целом по области, в том числе и среди умерших. К росту лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в области привел ежегодный низкий охват лечением ПВР в предыдущие годы.

**Таблица 2 - Распределение по месту смерти 2009-2011г.г.**

| Место смерти           | 2009г. |         | 2010г. |         | 2011г. |         |
|------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
|                        | Число  | Процент | Число  | Процент | Число  | Процент |
| Стационар туб. больниц | 106    | 86,9%   | 80     | 80,9%   | 51     | 83,6%   |
| Стационар др. больниц  | 3      | 2,5%    | 3      | 3%      | 3      | 4,9%    |
| На дому                | 10     | 8,2%    | 11     | 11,1%   | 6      | 9,8%    |
| В другом месте         | 3      | 2,5%    | 5      | 5%      | 1      | 1,6%    |

Тяжелые больные туберкулезом, преимущественно с мультirezистентной формой, госпитализируются в ОПТД в 80,8% - 86,8% и умирают в областном противотуберкулезном учреждении. На 54% снизилась смерть на дому в 2011г. по сравнению с 2009г.-2010г.

Регистрируются случаи смерти больных туберкулезом в стационарах других лечебных учреждениях при госпитализации с целью оказания экстренной помощи.

Вскрытие проведено в 2009г.- 79,5% (97 слу-

чаев), в 2010г.- 79,7%(79) в 81,9% (50). В центре судебной медицины диагноз туберкулеза установлен: в 2009г.- в 8,2% (10 случаев), в 2010г. – в 17,1% (17 случаев), в 2011г. – в 14,7% (9 случаев).

Совместным приказом УЗО и Центром СМЭ области, все умершие от туберкулеза на дому и в других местах вскрываются в СМЭ в присутствии фтизиатров, что дало возможность правильно устанавливать истинную причину смерти.

**Таблица 3 - Анализ умерших по возрастному составу и полу**

| Возраст     | 2009г. всего | 2009г. |     | 2010г. всего | 2010г. |     | 2011г. всего | 2011г. |     |
|-------------|--------------|--------|-----|--------------|--------|-----|--------------|--------|-----|
|             |              | муж.   | жен |              | муж.   | жен |              | муж.   | жен |
| 18 – 39 лет | 45           | 34     | 9   | 33           | 23     | 10  | 19           | 13     | 6   |
| 40 – 59 лет | 57           | 43     | 14  | 49           | 34     | 15  | 29           | 17     | 12  |
| 60 и старше | 20           | 15     | 5   | 17           | 11     | 6   | 13           | 9      | 4   |

В таблице отражены возрастные категории лиц, умерших от туберкулеза, что дает возможность прийти к выводу, что в основном это лица трудоспособного возраста (до 88%), но не занятые трудовой деятельностью (до 57,5 %), из числа умерших преобладают лица мужского пола (до 65%).

По социальному статусу умершие можно разделить следующим образом:

- не работающие - 60,5% (37 чел.)
- инвалиды по туберкулезу – 26,2% (16 чел.)
- пенсионеры – 9,8% (6 чел.)
- рабочие – 1,6% (1 чел.)
- заключенные -1,6% (1 чел.)

Среди них имели в прошлом судимость - 58% (35 чел.)

Не имели определенного места жительства (БОМЖ): в 2009г. – 11,9% (14 чел. из 122), рост в 2011г. до 18% (11 чел. из 61).

Лиц, освободившихся из мест лишения свободы, умерло в 2009г. – 14 (11,4%), в 2010г. – 11 (11,1%), в 2011г.- 9 (4,7%).

Анализ, проведенный по срокам наблюдения в туберкулезных учреждениях области, показал:

- до года - 5 больных (8,2%)
- 2-3 года - 16 больных (26,2 %)
- 3-5 лет - 29 больных (47,5%)

свыше 5 лет - 11 больных (18,1%).

Преобладали следующие клинические формы в 2009-2011 г.г.:

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 50 случаев (81,9%),

Диссеминированный туберкулез легких – 5 случаев (8,1%)

Инfiltrативный туберкулез легких (прогрессирующий) – 4 (6,5%)

Кавернозный туберкулез легких – 1 (1,6%)

Казеозная пневмония – 1 (1,6%)

Причины снижения показателя смертности в 2009-2011 г.г.:

- увеличилось число больных МЛУ ТБ, взятых на лечение ПВР, с 165 больных в 2009 году до 280 больных в 2011 году (за счет средств республиканского бюджета) и благодаря содействию проекта Глобального Фонда, предоставлена возможность провести лечение 30 больных в 2009г. и 120 больных в 2011г, в том числе лечение с широкой лекарственной устойчивостью 20 больным.

- произведены финансовые вложения Глобального фонда, направленные на усиление всех мероприятий в борьбе с МЛУ ТБ (оснащение лаборатории, социальные пакеты, средства защиты, обучение медицинских работников);

- улучшилась работа фтизиатров по оторвавшимся от лечения больным в поддерживающей фазе (по принципу «Спутника» г.Томск);

- произошло увеличение социальной помощи больным туберкулезом из средств областных и районных бюджетов (с 21 млн тенге 2009г. до 46 млн тенге в 2011г),

- действуют социальные столовые в городах на 100 посадочных мест для больных в поддерживающей фазе с организацией химизаторского пункта.

- организовано проведение вскрытий умерших от туберкулеза на дому в СМЭ в присутствии фтизиатров, что дало возможность правильно устанавливать основную причину смерти (при обморожениях или других причинах смерти ранее нередко выставляли причину «туберкулез»).

#### Выводы:

1. В структуре смертности от туберкулеза преобладает фиброзно-кавернозный туберкулез с МЛУ - до 82%.

2. Летальность встречается преимущественно у лиц трудоспособного и репродуктивного возраста (до 88%), из числа умерших преобладают лица мужского пола (до 65%), ведущие асоциальный образ жизни.

3. По срокам наблюдения в 73,7% случаев (45 умерших) состояли на учете от 2 до 5 лет.

#### Литература:

1. Абилдаев Т.Ш. //Фтизиопульмонология -2011. - №2. - С. 6-7.

2. Абилдаев Т.Ш., Исмаилов Ш.Ш., Баймуханова К.Х. //Фтизиопульмонология. -2011. -№1.- С 4-6.

3. Руководство по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан - Алматы, - 2008. -259 с.

4. Рабочий доклад Всемирного Банка «Остановить туберкулез в Центральной Азии». - 2005. - С.122-123.

#### ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2009-2011 жылдары Павлодар облысында туберкулезден қайтыс болғандардың мәліметі келтірілген. Келтірілген талдаулар нәтижесінде туберкулезден қайтыс болғандардың арасында 82%-ға дейін көп дәріге төзімді талшықты тесікті туберкулезі басымдау, ал өлім қаупі туындаған жағдайлардың кездесуі еңбекке қабілетті жастағы тұлғаларда жиі кездеседі (88%), туберкулезден қайтыс болғандар арасында (65%) ер адамдарды құрайды. Бақылау мерзімдері бойынша туберкулезден қайтыс болу жөніндегі 73,7% (45) жағдайы есебінде 2 жастан 5 жасқа дейінгілер тұрады.

#### РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные об умерших в Павлодарской области за 2009-2011 годы. В результате проведенного анализа выявлено, что в структуре смертности от туберкулеза преобладает фиброзно-кавернозный туберкулез с МЛУ - до 82% случаев, а летальность встречается преимущественно у лиц трудоспособного и репродуктивного возраста (88%), из числа умерших преобладают лица мужского пола (65%), ведущие асоциальный образ жизни. По срокам наблюдения в 73,7% случаев (45) по туберкулезу умершие состояли на учете от 2 до 5 лет.

#### SUMMARY

In this paper data on patients died from tuberculosis in Pavlodarskaya oblast over 2009-2011 are given. As a result of analysis conducted it has been stated that in the structure of TB mortality fibrocavernous tuberculosis with multidrug resistance up to 82% of cases, and lethality occurred among patients of working and reproductive age (up to 88%), males were prevalent (65%) mainly from asocial medium. In general persons died from TB were under TB dispensary observation during 2-5 years.

## КОНТРОЛЬ ЗА ТУБЕРКУЛЕЗОМ СРЕДИ МИГРАНТОВ В МЕГАПОЛИСЕ: ОПЫТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА Г. АЛМАТЫ

*Мукушев Н.Р., Молдахметова К.Н., Зетов А.Ш., Сырлыбаев Е.К.  
Межрайонный противотуберкулезный диспансер, г. Алматы*

Город Алматы является мегаполисом с населением 1426600 человек. Соответственно миграция населения играет определенную роль в эпидемиологической ситуации в целом, в том числе по туберкулезу. Ежегодно регистрируется в среднем более 164 тыс. мигрантов, среди которых также регистрируются лица, заболевшие туберкулезом.

Для оказания противотуберкулезной помощи в городе функционируют 4 противотуберкулезных диспансера, стационарные отделения на 330 коек, 2 санатория (детский и взрослый), 6 детских санаторных ясли-садов и санаторная школа-интернат.

Все мигранты, и внутренние, и внешние, независимо от городской регистрации получают помощь в противотуберкулезных учреждениях города.

В 2010 году начал функционировать новый межрайонный противотуберкулезный диспансер на 260 коек, в котором предусмотрена возможность соблю-

дения всех норм инфекционного контроля и потока больных.

Эпидемиологическая ситуация в целом по городу имеет тенденцию к стабилизации, о чем свидетельствуют основные показатели (рисунок 1).

Рисунок 1 – Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу г. Алматы за период с 1990 по 2010 г.г.

Так, показатель заболеваемости за последние годы имеет тенденцию к снижению с 83,8 на 100 тыс. населения в 2008 г. до 68,6 в 2011г.

Также необходимо отметить, что если в 2010г. отмечен рост показателя смертности до 9,6 на 100тыс населения, то в 2011г. – снижение до 8,8 на 100 тыс. На данные показатели большое влияние оказывает миграция населения.

Так, например, среди впервые выявленных больных мигранты ежегодно в среднем составляют 25,0%, среди которых лица с бактериовыделением - 48,0% (таблица 1).

**Таблица 1 - Удельный вес мигрантов среди лиц с впервые выявленным туберкулезом**

| Годы | Удельный вес впервые выявленного туберкулеза среди мигрантов | В том числе среди них внешние мигранты |
|------|--|--|
| 2008 | 25,2%  | 2,1%                                   |
| 2009 | 22,3%  | 8,1%                                   |
| 2010 | 28,0%  | 6,9%                                   |
| 2011 | 22,6%  | 5,8%                                   |

Из них в 2008г. внешние мигранты составили 2,1% случая, в 2009г. – 8,1%, в 2010г. – 6,9% и за 10 мес. 2011г. – 5,8%.

Противотуберкулезная служба города оказывает помощь всем мигрантам независимо от наличия городской регистрации, и все они берутся на учет.

Так, показатель заболеваемости среди мигрантов в 2008г. составил 5,0 на 100 тыс. населения, в 2009г. – 11,9; в 2010г. - 13,6 и в 2011г. составил 6,2 (таблица 2).

**Таблица 2 - Заболеваемость туберкулезом среди мигрантов**

| годы | Показатель на 100 тысяч населения |
|------|-----------------------------------|
| 2008 | 5,0                               |
| 2009 | 11,9                              |
| 2010 | 13,6                              |
| 2011 | 6,2                               |

В структуре мигрантов преобладают лица из ближнего зарубежья, но в то же время отмечаются случаи заболевания туберкулезом и лиц из дальнего зарубежья (рисунок 2).

Показатель заболеваемости лиц, прибывших из СНГ по итогам 2011года составил – 6,1 на 100тыс., из дальнего зарубежья – 6,0 на 100тыс. В структуре заболевших мигрантов 80,0% составляют лица, прибывшие из СНГ, и 20,0% - лица из дальнего зарубежья.

В контингенте больных туберкулезом внешних мигрантов новые случаи составляют 60,3%, среди них бактериовыделители – 45,7% (таблица 3). Повторные случаи заболевания составляют 39,6%, бактериовыделителей среди них 56,5%

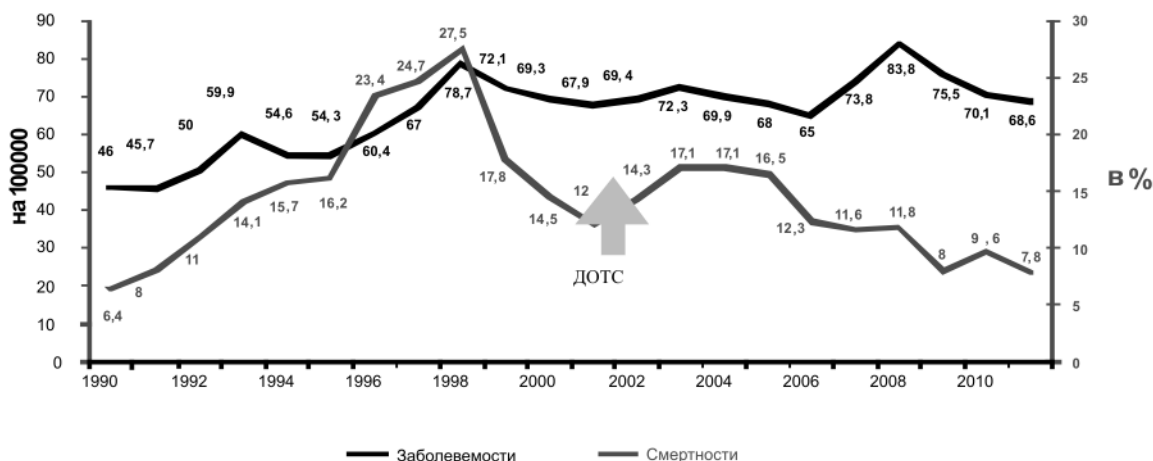


Рисунок 2 - Структура мигрантов 2011г.

Таблица 3 - Количество мигрантов в контингенте больных

| годы  | Всего мигрантов | Новые случаи | Из них МБТ+ | Наличие распада | рецидивы   | Из них МБТ+ | Наличие распада |
|-------|-----------------|--------------|-------------|-----------------|------------|-------------|-----------------|
| 2008  | 10              | 6            | 4           | 4               | 4          | 4           | 4               |
| 2009  | 19              | 14           | 7           | 5               | 5          | 2           | 2               |
| 2010  | 19              | 11           | 2           | 2               | 8          | 1           | 1               |
| 2011г | 10              | 4            | 3           | 3               | 6          | 6           | 6               |
| Всего | 58              | 35 (60,3%)   | 16 (45,7%)  | 14 (40,0%)      | 23 (39,6%) | 13 (56,5%)  | 13 (56,5%)      |

В среднем 48,2% составляют лица, имеющие полость распада, что свидетельствует о том, что больные обращаются за медицинской помощью поздно. Например: есть случаи, когда больных доставляют по скорой помощи с кровохарканьем в тяжелом состоянии. Все мероприятия при выявлении таких больных проводятся в срочном порядке.

Вся система оказания противотуберкулезной помощи представлена на рисунке 3.

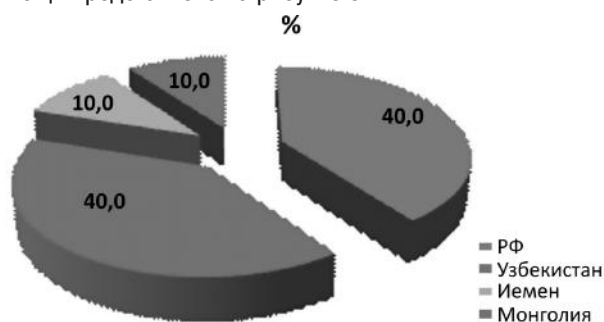


Рисунок 3- Схема движения больного ТБ

Больной, обратившийся в общую лечебную сеть после проведенного обследования с соблюдением алгоритма, направляется в противотуберкулезный диспансер, который, в свою очередь, после дополнительных обследований направляет больного в стационар Межрайонного противотуберкулезного диспансера (МРПТД),

больные с бактериовыделением после получения результатов микроскопии мокроты сразу госпитализируются.

После проведенного курса лечения в стационаре больного по необходимости направляют в санаторий или на амбулаторное лечение в противотуберкулезный диспансер, который переводит больного на поддерживающую фазу лечения в ПМСП по месту жительства.

Лица, поступившие в стационар и не имеющие регистрации, направляются в миграционную полицию для оформления регистрации. Однако не все доходят, в последующем у этих лиц регистрируются отрывы от лечения.

Всего среди мигрантов больных туберкулезом лица, не имеющие городской регистрации, составляют около 20,0%.

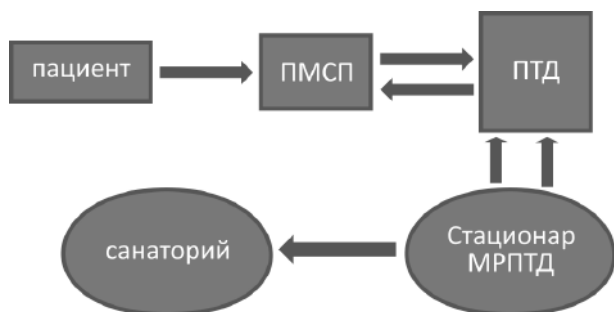
Говоря об эффективности лечения внешних мигрантов, необходимо отметить, что излечиваемость среди новых случаев в среднем составляет 58,6%, низкий процент связан с тем, что в среднем 19,4% переводятся в IV категорию с МЛУ ТБ и получают лечение препаратами второго ряда (табл. 4).

Также необходимо отметить, что среди новых случаев отмечаются и нарушения режима (отрыв от лечения который составляет в среднем 11,8%).

Отрывы происходят в основном у лиц, не имеющих регистрации.

Таблица 4 - Результаты лечения больных туберкулезом среди мигрантов

| Годы | Тип          | Всего больных | Всего из-лечено | Неудача лечения | Умерло    | Отрыв от лечения | Перевод   | Перевод в 4 категорию |
|------|--------------|---------------|-----------------|-----------------|-----------|------------------|-----------|-----------------------|
| 2008 | Новый случай | 6             | 3 (50,0%)       | -               | -         | -                | 1 (16,6%) | 2 (33,3%)             |
|      | Рецидив      | 4             | 2 (50,0%)       | -               | -         | 2 (50,0%)        | -         | -                     |
| 2009 | Новый случай | 14            | 10 (71,4%)      | -               | 1 (7,1%)  | 1 (7,1%)         | 1 (7,1%)  | 1 (7,1%)              |
|      | Рецидив      | 5             | 1 (20,0)        | -               | -         | -                | 2 (40,0%) | 2 (40,0%)             |
| 2010 | Новый случай | 11            | 6 (54,5%)       | -               | -         | 1 (16,6%)        | 2 (18,2%) | 2 (18,2%)             |
|      | Рецидив      | 8             | 4 (50,0%)       | -               | 1 (12,5%) | 1 (12,5%)        | 1 (12,5%) | 1 (12,5%)             |



ауыстыру кезінде жүргізілген емі туралы құжаттарын тапсыру кезінде қиыншылық тудыратыны анық.

**РЕЗЮМЕ**

В данной статье исследуется ситуация по туберкулезу в городе Алматы среди мигрантов в последние годы. Определен удельный вес впервые выявленных больных среди мигрантов, который в 2011 году составил 22,6% (из них 5,8% - внешние мигранты). Отмечается преобладание заболевших ТБ среди внутренних мигрантов по сравнению с внешними. Как правило, мигранты поздно обращаются за медицинской помощью, поэтому половина из них – с полостями распада. В статье приведена система оказания противотуберкулезной помощи мигрантам, в том числе, без регистрации по месту жительства. Низкая эффективность их лечения объясняется объективными причинами, в том числе, высоким числом отрывом от лечения. Это говорит о сложностях диагностики и лечения туберкулеза среди данного контингента и о сложностях передачи документов о проведенном лечении при перемещении больного.

Таким образом, все противотуберкулезные мероприятия для мигрантов с туберкулезом в городе проводятся независимо от их регистрации.

Соответственно есть и проблемы, которые необходимо решить.

- Сложности в выяснении анамнеза заболевания ранее (не все больные говорят о том, что ранее болели), нет возможности связаться с медицинскими работниками.

- Нет возможности передачи документов о проведенном лечении при перемещении больного.

**ТҰЖЫРЫМ**

Бұл мақалада соңғы жылдары Алматы қаласы бойынша мигранттар арасындағы туберкулез жөніндегі жағдай зерттелген. Мигранттар арасында туберкулез ауруы алғаш анықталған науқастардың үлестік салмағы анықталған, 2011жылы 22,6% құраса (оның ішінде 5,8% сыртқы мигранттардан тұрады). Сыртқы мигранттармен салыстырғанда, ішкі мигранттар арасында туберкулезбен науқастанушылық көбірек байқалады. Өкінішке орай, көбінесе мигранттар медициналық көмекке кеш жүгінгендіктен олардың жартысында туберкулездің ыдырау қуысы анықталған. Мақалада мигранттарға соның ішінде тұрғылықты жері бойынша тіркелмегендерге туберкулезге қарсы көмек көрсетудің жүйесі келтірілген. Оларды емдеу тиімділігінің төмендігі, ем тәртібін жиі үзудің себептерімен түсіндіріледі. Бұл осы контингенттер арасында туберкулез ауруын анықтау мен емдеудің күрделілігін және науқастарды

**SUMMARY**

In this paper situation on tuberculosis in Алматы city among migrants was studied over last years. Percentage of the newly detected patients among migrants constituted 22.6% (5.8% out of them external migrants) in 2011. It is marked the prevalence of TB cases among internal migrants. As a rule, migrants addressed for the medical care rather later, and up to 50% of cases they have the destruction cavities in lungs. System of anti-TB care for migrants is given in this paper including those of them which have not any registration of place of their residence. The lower treatment effectiveness indicator (53.0%) is explained by objective reasons including the high number of defaulters. All this is of evidence of complications with diagnostics and treatment of patients from this group of population and difficulties with transfer of document on treatment outcome when a patient is transferred.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА В СТЕПНОГОРСКЕ ЗА ПЕРИОД С 2008 ПО 2010 ГОДЫ

**Мадияров Д.Т.**

*Степногорский региональный противотуберкулезный диспансер*

Одним из важнейших показателей, отражающих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, является показатель смертности. В течение трех последних лет отмечается снижение этого показателя в городе Степногорске Акмолинской области.

Целью нашего исследования было изучение сравнительных показателей смертности от туберкулеза среди больных в период с 2008 по 2010 год: возрастного состава, разделения по полу, социального положения, отягощающих факторов, таких как сопутствующие заболевания, распространенность лекарственной устойчивости и распределение по клиническим формам туберкулеза.

**Таблица 1 - Возрастная структура больных, умерших от туберкулеза за период с 2008 по 2010 год**

| годы  | 18-29 лет | 30-39 лет | 40-49 лет | 50-59 лет | Старше 60 лет | итого |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|-------|
| 2008  | 2         | 11        | 6         | 3         | 3             | 25    |
| 2009  | 3         | 7         | 5         | 1         | 1             | 17    |
| 2010  | 2         | 5         | 6         | 1         | 1             | 15    |
| всего | 7         | 23        | 17        | 5         | 5             | 57    |

Наибольшее количество умерших за 2008-2010г.г. 23 больных были в возрасте от 30 до 39 лет; 17 больных в возрасте от 40 до 49 лет; 7 из них с 18 до 29 лет и по

**Таблица 3 - Анализ причин смерти от туберкулеза за период с 2008 по 2010г.г.**

| Заболевание | Туберкулез | Болезни ССС | Болезни печени | ВИЧ | ХНЗЛ | Онкология | Травмы | Инсульт |
|-------------|------------|-------------|----------------|-----|------|-----------|--------|---------|
| 2008        | 25         | 4           | 4              | -   | -    | -         | 4      | -       |
| 2009        | 17         | 4           | 9              | -   | -    | -         | -      | 1       |
| 2010        | 15         | -           | 3              | 1   | 1    | 2         | 1      | -       |
| Всего       | 57         | 8           | 16             | 1   | 1    | 2         | 5      | 1       |

Из числа умерших за период с 2008 по 2010 год у 49 больных был фиброзно - кавернозный туберкулез, что составило 85,9%, в 4 (7,0%) случаях инфильтративный туберкулез и 1 (1,7%) случай туберкулезного менингита.

Причиной смерти во всех случаях был туберкулез на фоне, чаще всего, болезней печени - 16 (28,0%),

5 больных умерли в возрасте от 50 до 59 и старше 60 лет.

По полу умершие распределились следующим образом: мужчины составили 77,2% (44 больных), женщины - 22,8% (13 больных).

Из 57 умерших от туберкулеза большую часть составили «хроники» - 49 человек (85,9%) и больные с рецидивами - 5 (8,7%).

**Таблица 2 - Социальный статус больных, умерших от туберкулеза за период с 2008 по 2010 год**

| Соц. статус | безработные | инвалиды | пенсионеры | работающие | итого |
|-------------|-------------|----------|------------|------------|-------|
| 2008        | 10          | 12       | 3          | 0          | 25    |
| 2009        | 9           | 7        | 0          | 1          | 17    |
| 2010        | 10          | 4        | 1          | 0          | 15    |
| Всего       | 29          | 23       | 4          | 1          | 57    |

По социальному статусу преобладали безработные - 50,8%, в том числе лица БОМЖ - 11 (19,3%), 13 (22,8%)-заключенных, а также инвалиды - 40,3% и пенсионеры - 7,0%.

Наличие сопутствующих заболеваний (анемия, заболевания печени) у 54 (94,7%) и вредных привычек у 45 (78,9%) лиц с нарушениями психики, зависимостью от наркомании и алкоголизма явились причиной прогрессирования туберкулеза в период с 2008 по 2010 годы.

сердечно-сосудистой системы в 8 (14,0%), затем в 5 (8,7%) случаях травмы, а также по 1 случаю – ВИЧ, ХНЗЛ, инсульт и в 2 случаях - онкологические заболевания. Отмечается тенденция к снижению числа случаев смерти от туберкулеза с 25 в 2008 году до 15 лиц в 2010 году.

**Таблица 4 - Устойчивость к противотуберкулезным препаратам у больных, умерших от туберкулеза в период с 2008 по 2010 год**

| Устойчивость к ПТП | К 4 ПТП | К 3 ПТП | К 2 ПТП | итого | В том числе, МЛУ |
|--------------------|---------|---------|---------|-------|------------------|
| 2008 г             | 19      | 3       | 1       | 23    | 19 (82,6%)       |
| 2009 г             | 12      | 1       | 2       | 15    | 12 (80,0%)       |
| 2010 г             | 11      | 2       | 2       | 15    | 12(80,0%)        |
| Всего              | 42      | 6       | 5       | 53    | 43 (81,1%)       |

При анализе выявлены следующие данные по лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ПТП) больных, умерших от туберкулеза (таб. 4). Устойчивость за 2008-2010 годы к 4 ПТП отмечена в 42 случаях, что составило 79,2%, в том числе в 43 (81,1%) случаях - множественная лекарственная устойчивость.

#### **Выводы**

На основании проведенного нами анализа данных следует, что:

1. Среди умерших от туберкулеза за период с 2008 по 2010 год в 70,1% были лица трудоспособного возраста, чаще всего мужчины (77,4%).
2. По социальному статусу преобладали безработные - 50,8%, в том числе лица БОМЖ - 19,3%, в 22,8% - заключенные с хроническими формами туберкулеза.
3. Основной причиной смерти являлось прогрессирование туберкулезного процесса.
4. Причиной прогрессирования туберкулезного процесса явилась лекарственная устойчивость, сопутствующие заболевания и вредные привычки.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Соңғы жылдары Ақмола облысының Степногорск ауданында туберкулезден қайтыс болу көрсеткіштері төмендеді. Зерттеудің мақсаты 2008 жылдан 2010

жылға дейін туберкулезден қайтыс болғандардың клиникалық түріне қарай әлуметтік фактордың мәнін және жасы-жыныс құрамын, туберкулездің төзімділік түрінің жайылуына зерттеулер болды. 2008 жылдан 2010 жылға дейін туберкулезден қайтыс болған 57 науқастың мәліметтеріне статистикалық талдау жүргізілді.

#### **РЕЗЮМЕ**

В течение последних лет в Степногорском районе Ақмолинской области отмечается снижение показателя смертности от туберкулеза. Целью исследования явилось изучение возрастного-полового состава, значение социального фактора, распространенности резистентных форм туберкулеза и распределение по клиническим формам лиц, умерших от туберкулеза в период с 2008 по 2010 год. Проведен статистический анализ данных 57 больных, умерших от туберкулеза.

#### **SUMMARY**

For the last 3 years in the Stepnogorsk area of Akmola oblast decrease in indicator of mortality from tuberculosis was marked. Target of this study was to conduct the analysis of age and gender distribution, duration of TB disease, significance of social factors and, also, prevalence of resistant TB forms, clinical structure of TB forms in patients died from TB in 2008-2010. Statistical analysis of data on 57 patients died in 2008-2010 is given.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО МЛУ ТБ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008 – 2011 Г.Г.**

*Сахтапова Э. С., Турсынбеков Н.Н., Заханова А. Ж.,  
Исабаев Ж. Т., Норенко И. С.*

*ОПТД Алматинской области, г. Талдыкорган*

Эпидемиология туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью по Алматинской области обуславливает напряженность общей эпидситуа-

ции в области. Тяжесть эпидемиологической ситуации определяют показатели заболеваемости МЛУ ТБ, болезненности МЛУ ТБ и смертности от МЛУ ТБ.



**Эпидемиологические показатели заболеваемости МЛУ ТБ в Алматинской области и РК за 2008-2011гг. (на 100 тыс. нас.)**

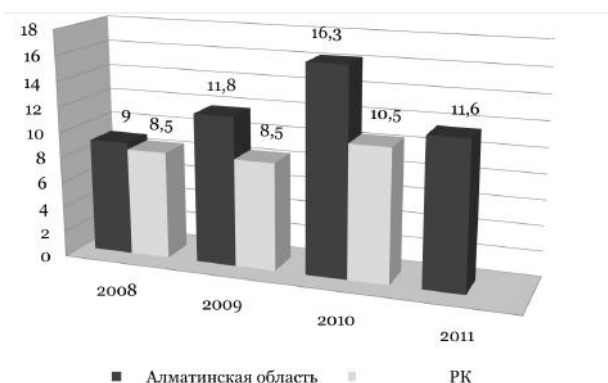
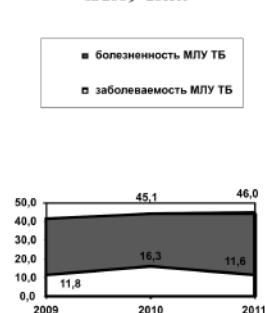


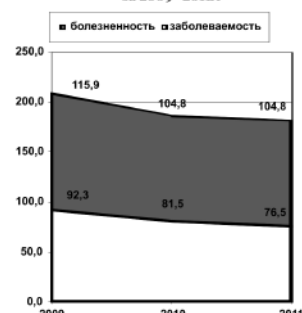
Рисунок 1 - Показатели заболеваемости МЛУ ТБ на 100 тыс. населения по РК и Алматинской области за 2008 - 2011гг.

Ежегодно показатели заболеваемости МЛУ ТБ в области превышают показатели по стране. Несмотря на снижение показателя заболеваемости МЛУ ТБ с 16,3 на 100 тыс. населения в 2010 году до 11,6 в 2011 году, в области за 12 месяцев 2011 года, при снижении общего показателя заболеваемости в структуре всех форм туберкулеза, отмечается рост числа больных 4-ой категории, в том числе случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

**Заболеваемость и болезненность МЛУ ТБ по Алматинской области за 2009 - 2011гг**



**Заболеваемость и болезненность по Алматинской области за 2009 - 2011гг**



Рост болезненности МЛУ ТБ с 34,7 на 100 тыс. населения в 2008 году до 46,0 в 2011 году указывает на имеющийся большой резервуар трудно излечимой формы туберкулеза.

**Контингент больных туберкулезом 4 категории по Алматинской области за 2008-2011гг.**

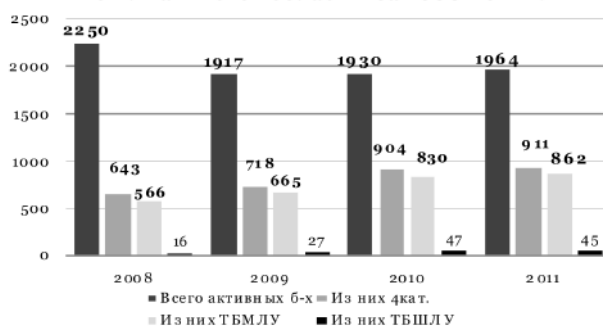


Рисунок 3 - Контингент больных туберкулезом, леченных по 4 категории, в Алматинской области за 2008 - 2011гг.

**Заболеваемость МЛУ ТБ в разрезе районов Алматинской области (2009-2011гг.)**

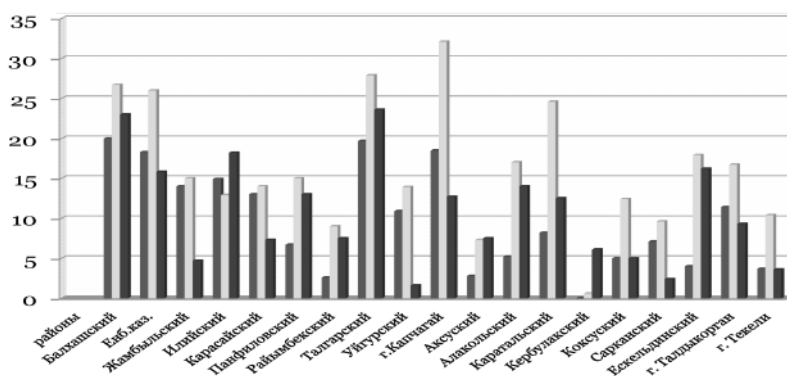


Рисунок 4 - Количество зарегистрированных больных МЛУ ТБ в разрезе районов Алматинской области за 2009-2011гг.

Так, в 2008 году больные, леченные по 4 категории, составили 28,6% (643), в 2009 году – 37,5% (718), в 2010 году этот показатель достиг 47,2% (904), а в 2011г. он составил 46,4% (911). Особенно вызывает тревогу распространенность МЛУ ТБ.

В 2011 году количество впервые выявленных

больных МЛУ ТБ увеличилось с 440 в 2008г. до 670 человек, а на диспансерном учете в 2011 году наблюдалось 862 больных МЛУ ТБ против 556 в 2008 году. Удельный вес таких больных среди контингента составил 24,7 % в 2008г. и 43,9 % в 2011г.

Отмечается ежегодный рост больных МЛУ ТБ в следующих районах: Талгарский р-н – от 65 случаев в 2009г. до 95 случаев в 2011г.;

Илийский р-н – от 62 случаев в 2009г. до 77 случаев в 2011 г.;

Карасайский р-н – от 52 случаев в 2009г. до 65 случаев в 2011 г.;

Балхашский р-н – от 15 случаев до 20 случаев в 2011 г.;

Ескельдинский р-н – от 8 случаев в 2009г. до 31 случая в 2011г.

Нет снижения в таких городах и районах, как г. Текели, Коксуский, Каратальский, Кербулакский, Райымбекский район.

Отмечается тенденция к снижению в таких административных единицах, как Панфиловский, Уйгурский, Жамбылский, Енбекшиказахский, Сарканский, Аксуский, Алакольский районы, г. Капчагай, г. Талдыкорган.

Заболеваемость МЛУ ТБ детей и подростков по Алматинской области за 2009-2011 гг.)

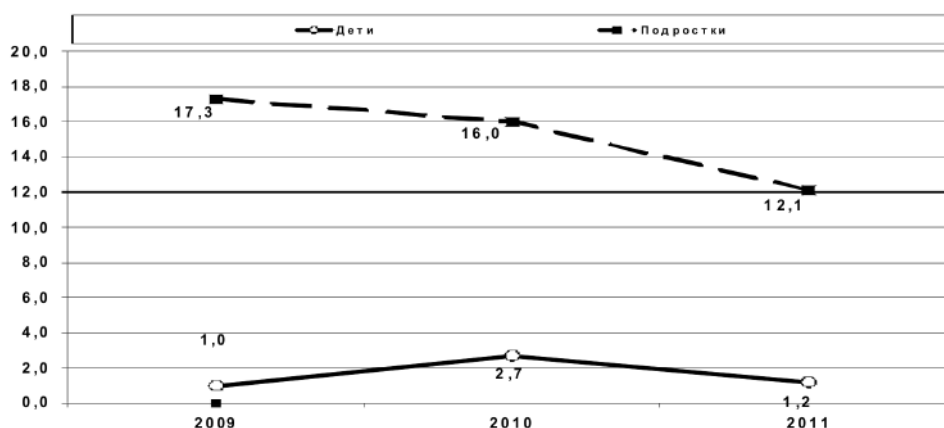


Рисунок 5 - Заболеваемость МЛУ ТБ на 100 тыс.населения в разрезе районов Алматинской области за 2009-2011г.г.

В 2011г. заболеваемость МЛУ ТБ в 9 районах превышает областной показатель (11,6).

1. В Талгарском р-не - 23,6 (превышение на 12,0%);
2. В Балхашском р-не - 23,0 (на 11,4%);
3. В Илийском р-не - 18,2 (на 6,6%);
4. В Ескельдинском р-не - 16,2 (на 4,6%);
5. В Енбекшиказахском р-не - 15,8 (на 4,2%);
6. В Алакольском р-не - 14,0 (на 2,4%);
7. В Панфиловском р-не - 13,0 (на 1,4%);
8. В г. Капчагай - 12,7 (на 1,1%);
9. В Каратальском р-не - 12,5 (на 0,9);

Одним из критериев, определяющих степень тяжести эпидемиологической ситуации, является регистрация заболеваемости МЛУ ТБ среди детей и подростков.

В 2011 году из 6 детей, заболевших МЛУ ТБ, «новый случай», трое детей из Илийского района, что составило 50% из всех зарегистрированных; по 1 случаю

(16,7%) из Аксуского р-на, Талгарского р-на, г. Талдыкорган.

Из 12 заболевших МЛУ ТБ, «новый случай», зарегистрировано по 3 случая из Карасайского, Илийского и Талгарского районов, что составило по 25%. По 1 случаю МЛУ ТБ (8,3%) зарегистрировано в Кербулакском, Енбекшиказахском, Ескельдинском районах.

О неблагоприятной эпидемиологической ситуации в области свидетельствует рост удельного веса туберкулеза с суперрезистентной формой – ШЛУ ТБ в контингенте больных туберкулезом: с 1,4% в 2009г. до 2,3% в 2011г. Темп роста составил 0,9%.

Таблица 1 - Удельный вес больных ШЛУ ТБ из всего количества активных больных в Алматинской области за период 2008-2011г.г.

|                    | 2008год   | 2009год   | 2010год   | 2011год   |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Всего активных б-х | 2250      | 1917      | 1930      | 1964      |
| Из них ШЛУТБ       | 16 (0,7%) | 27 (1,4%) | 47 (2,4%) | 45 (2,3%) |

**Количество больных ШЛУ ТБ в разрезе районов Алматинской области за 2009-2011гг.**

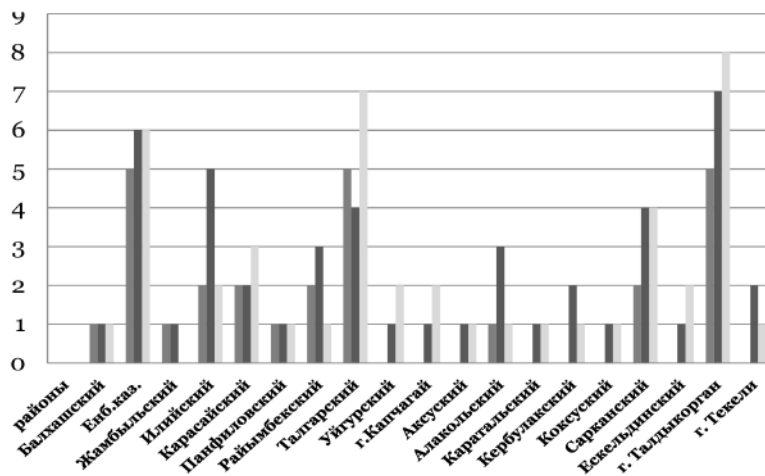


Рисунок 6 - Заболеваемость МЛУТБ детей и подростков на 100 тыс.населения в Алматинской области за 2009-2011гг.

**Количество больных ШЛУ ТБ в разрезе районов Алматинской области за 2009-2011гг.**

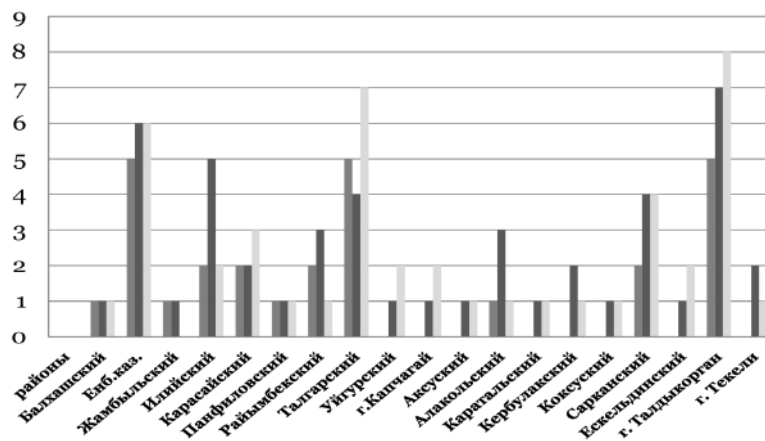


Рисунок 6.

Ежегодно в области повсеместно регистрируются случаи с суперрезистентной формой туберкулеза. В 2011г. только в Жамбылском районе нет данной формы туберкулеза. Из таблицы виден ежегодный рост больных ШЛУ ТБ, состоящих на диспансерном учете в таких районах и городах, как г.Талдыкорган, г. Капчагай, Талгарский р-н, Уйгурский р-н.

Отмечается тенденция к росту больных ШЛУ ТБ в Карасайском, Ескельдинском районах.

Нет тенденции к снижению больных ШЛУ ТБ в Балхашском, Енбекшиказахском, Панфиловском, Аксууском, Каратальском, Коксууском, Саркандском районах.

Отмечается снижение количества больных ШЛУ ТБ в Илийском, Райымбекском, Алакольском, Кербулакском районах и в г. Текели.

**Клиническая структура «Новых случаев» зарегистрированных по Алматинской области ( 2009-2011гг.)**

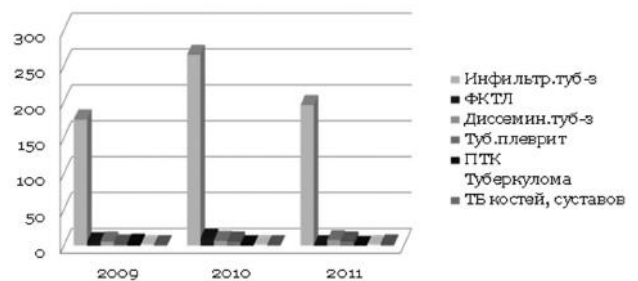


Рисунок 7.

Ежегодно среди всех клинических форм превалирует инфильтративный туберкулез. В 2011году он со-

ставил 90%. Фиброзно-кавернозный ТБ легких (ФКТЛ) в 2009г. составлял 2,6%, а в 2011г. снизился до 0,5%. Чаще стал отмечаться диссеминированный распространенный туберкулезный процесс, рост с 2,3% в 2010г. до 3,7% в 2011г. Также надо отметить частоту внелегочных форм туберкулеза МЛУ ТБ: туберкулез с поражением плевры (с 1,0% 2009г. до 2,8% в 2011г.), костей и суставов (с 0,5% 2009г. до 0,9% в 2011г.), ТВГЛУ (с 0,3% 2010г. до 0,5% в 2011г.), ранее не регистрируемый туберкулез мочеполовых органов, туберкулез бронхов в 2011 году составили по 0,5%.

**Таблица 2 - Охват зарегистрированных больных 4 категории лечением ПВР в Алматинской области за 2008-2011г.г.**

| Годы | Зарегистрировано больных 4 категории | Охват ПВР | %    |
|------|--------------------------------------|-----------|------|
| 2009 | 615                                  | 341       | 55,4 |
| 2010 | 797                                  | 465       | 58,3 |
| 2011 | 726                                  | 499       | 68,7 |

За 2009 год по области из зарегистрированных 615 больных 4 категории на лечение ПВР взяты 341 больной, из них:

- новые случаи 25,5% (87) больных;
- рецидивы 27% (92) больных;
- ЛПП 0,3% (1) больной;
- неудача после 1 курса лечения 11,7% (40) больных;
- неудача после 2 курса лечения 16,1% (40) больных;
- новый случай ВЛТБ 0,6% (2);
- другие 18,8% (64).



Рисунок 8 - Клиническая структура новых случаев, зарегистрированных в Алматинской области за 2009-2011г.г.

По результатам проведенного лечения ПВР исход «Вылечен» составил 77,5% (265 случаев), «лечение завершено» - 4,2% (14 случаев), «неудача лечения» - 6,2% (22 случая), «нарушение режима» - 0,9% (3 случая), «умер» - 6,7% (23 случая), «переведен» - 3,8% (13 случаев), «лечение продолжает» - 3,8% (13 случаев).

**ТУЖЫРЫМ**

Алматы облысында туберкулездің көптеген дәрілерге төзімді түрінің эпидемиологиялық ахуалының күрделілігі сақталуда. Бұл санаттағы науқастар «қайтара емделушілердің» есебінен көбеюде. Кең ауқымды дәрілерге төзімділігі бар туберкулез науқастарының санының артуы тіркелуде. 4 санатты науқастарды екінші қатардағы дәрі-дәрмекпен емдеу 68,7% қамтылды. 216 науқас екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрі-дәрмекпен «Жасыл шам комитеті» Жаһандық қор жобасы арқылы қамтамасыз етілген. Дәріге сезімталдығын жеделдендірілген түрде анықтау енгізілген.

**РЕЗЮМЕ**

Эпидемиологическая ситуация по МЛУ ТБ в Алматинской области сохраняется напряженной. Рост больных 4 категории обуславливают случаи из числа «повторно леченных». Отмечается тенденция к росту количества больных ШЛУ ТБ. Охват больных лечением ПВР по 4 категории составляет 68,7%. Обеспечены ПТП 2 ряда через «Комитет Зеленого Света» (Проект ГФ) 216 пациентов. Внедрены ускоренные методы определения ЛЧ.

**SUMMARY**

The epidemiological situation on multidrug resistant tuberculosis TB in Almatinskaja oblast remains tense yet. Growth of number of patients treated by 4 category is due to the cases repeatedly treated. The tendency of increase in number of patients with TB with extensive drug resistance is marked. The number of patients treated by 4 category with anti-TB drugs of the second line makes 68,7%. 216 patients are provided with anti-TB drugs of the second line through Green Light Committee (Global Drug Facility Fund Project). The rapid methods of determination of drug sensitivity are implemented.

## ВЛИЯНИЕ МИГРАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АСТАНЕ

**Смаилова Г.А., Курбанова А.Т., Жусупова Р.Ж., Толеубекова Г.А., Пономарева С.В., Цепке А. Б.**

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы,  
Городской противотуберкулезный диспансер, г.Астана*

В 90-е годы на территории бывшего СССР, в том числе и в Казахстане, начали происходить небывалые по масштабам и сложности передвижения населения (2; 3; 4). Е.С.Иванова с соавторами(1996) в своих исследованиях выделяет 3 группы мигрантов: «планируемая» миграция – лица со статусом беженцев, адаптированные к местным климатогеографическим и социальным условиям, «спонтанная» миграция – лица со статусом беженцев, компактно проживающие в гостиницах, домах отдыха и «хаотичная» миграция – лица, потерявшие жилье, работу, с семейными проблемами. В нашей стране одним из приоритетных направлений является проблема борьбы с туберкулезом. Именно этот вышеназванный контингент наиболее подвержен заболеванию туберкулезом. В г.Астане – новом мегаполисе Казахстана также отмечается большой приток населения, связанный с масштабным строительством города и появлением новых рабочих мест. Целью нашего исследования был анализ эпидемиологической ситуации в Астане.

За последние годы в республике отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом. За последние 3 года в РК заболеваемость составила в 2008 г. 125,5 на 100 тысяч населения, в 2009

г. – 105,3, в 2010г. – 95,3 (Стат.сборник. 2011). Однако эпидемиологическая ситуация в г.Астане остается напряженной: так, заболеваемость в городе за последние 3 года составила в 2008 г. 218,2 на 100 тысяч населения, в 2009г. – 191,8, в 2010г. – 165,6. Основной причиной высокой заболеваемости являются миграционные процессы.



Рисунок 1.

Нами проведен сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу по городу Астане за 2008-2010 годы среди взрослого, подросткового и детского населения с учетом мигрантов и без них.

**Таблица 1 - Общая заболеваемость туберкулезом населения г.Астаны**

| Годы     | Заболеваемость ТБ в Республике Казахстан | Заболеваемость ТБ в Астане с учетом мигрантов | Заболеваемость ТБ в Астане без мигрантов |
|----------|--|---|--|
| 2008 год | 125,5                                    | 218,2   | 100,3                                    |
| 2009 год | 105,3                                    | 191,8   | 133,5                                    |
| 2010 год | 95,3                                     | 165,6   | 114,2                                    |

При анализе динамики заболеваемости туберкулезом за 2008-2010 годы (таблица 1) обращает на себя внимание, что уровень данного показателя с мигрантами по г.Астане превышает среднереспубликанские показатели в 2008 году на 73,9%, в 2009 году на 82,1%,

в 2010 году на 73,4%. Наряду с этим, заболеваемость туберкулезом по городу без мигрантов в 2008г. ниже среднереспубликанского показателя на 20,1%, в 2009 г. превышает на 26,8%, в 2010 г. – соответственно превышает на 19,6%.

**Таблица 2 - Заболеваемость туберкулезом взрослого населения г.Астаны**

| Годы     | Заболеваемость ТБ взрослого населения в РК | Заболеваемость ТБ взрослого населения в Астане с учетом мигрантов | Заболеваемость ТБ взрослого населения в Астане без мигрантов |
|----------|--|---|--|
| 2008 год | 159,4                                      | 265,2   | 121,6  |
| 2009 год | 133,5                                      | 246,3   | 170,7  |
| 2010 год | 121,3                                      | 212,8   | 146,1  |

Согласно таблице 2, заболеваемость туберкулезом взрослого населения с учетом мигрантов за 2008г. превышает среднереспубликанский показатель на 66,4%, без учета мигрантов - ниже на 23,7%, в 2009г.

– превышает с учетом мигрантов на 84,5% и без учета мигрантов на 27,9%, в 2010г. - превышает с учетом мигрантов на 75,4% и без учета мигрантов на 20,4%.

**Таблица 3 - Заболеваемость туберкулезом подросткового населения г.Астаны**

| Годы     | Заболеваемость туберкулезом ТБ подростков по РК | Заболеваемость ТБ подростков по городу Астане с учетом мигрантов | Заболеваемость ТБ подростков по Астане без мигрантов |
|----------|---|--|--|
| 2008 год | 126,8   | 281,7  | 129,1  |
| 2009 год | 117,1   | 178,9  | 121,1  |
| 2010 год | 105,4   | 140,4  | 90,8   |

Согласно таблице 3, заболеваемость туберкулезом подросткового населения с учетом мигрантов за 2008г. превышает среднереспубликанский показатель в 2,2 раза и без учета мигрантов на 1,9%, в 2009г. -

превышает с учетом мигрантов на 52,8% и без учета мигрантов на 3,4%, в 2010г. - превышает с учетом мигрантов на 33,2% , а без учета мигрантов - ниже на 13,9%.

**Таблица 4 - Заболеваемость туберкулезом детского населения г.Астаны**

| Годы     | Заболеваемость туберкулезом ТБ подростков по РК | Заболеваемость ТБ подростков по городу Астане с учетом мигрантов | Заболеваемость ТБ подростков по Астане без мигрантов |
|----------|---|--|--|
| 2008 год | 26,0  | 29,0   | 10,8   |
| 2009 год | 20,9  | 20,9   | 16,9   |
| 2010 год | 18,3  | 20,9   | 15,6   |

По данным таблицы 4, заболеваемость туберкулезом детского населения с учетом мигрантов за 2008г. превышает среднереспубликанский показатель на 11,5%, без учета мигрантов - ниже на 58,5%, в 2009г. - с учетом мигрантов на среднереспубликанском уровне и по городу одинакова и составила по 20,9, а без учета мигрантов - ниже на 19,1%, в 2010г. - с учетом мигрантов превышает на 14,2%, без учета мигрантов - ниже на 14,8%. Среди контингента мигрантов мужчины составляли в 2008 году 51,9%, в 2009 году 55%, в 2010 году 51,7%; женщины в 2008 году составляли 48%, в 2009 году 45%, в 2010 году 48,3%.

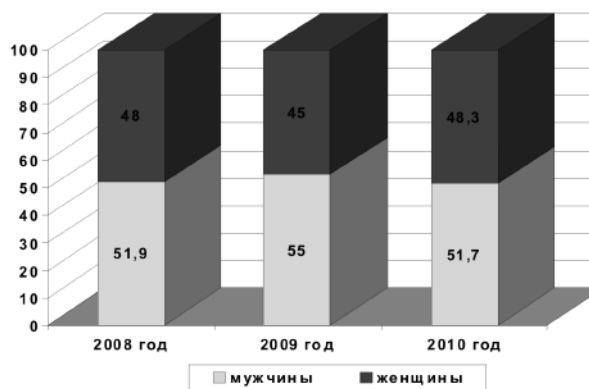


Рисунок 2 - Распределение мигрантов по полу

Анализ мигрантов по полу показал, что мужчины составляли в 2008г. 51,9 %, в 2009 г.- 55%, в 2010г.- 51,7%; женщины соответственно 48,1%, 45% и 48,3%.

**Таблица 5 - Распределение мигрантов по возрасту**

| годы | 0-14 | 15-17 | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55 и старше | Всего |
|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|-------|
| 2008 | 14   | 52    | 242   | 208   | 122   | 55    | 40          | 733   |
| 2009 | 6    | 21    | 151   | 115   | 56    | 24    | 14          | 387   |
| 2010 | 8    | 18    | 128   | 112   | 37    | 26    | 21          | 350   |

Согласно таблице 5, основную долю составили мигранты работоспособного возраста (от 18 до 55 лет): в 2008г.- 85,5%, в 2009г. – 89,4%, в 2010 г.– 86,6%.

Таблица 6 - Распределение впервые выявленных мигрантов по клиническим формам

| Клиническая форма                            | 2008 год    | 2009 год    | 2010 год    |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Очаговый                                     | 121 (16,5%) | 60 (15,5%)  | 43 (12,3 %) |
| Инфильтративный                              | 420 (57,3%) | 256 (66,1%) | 221(63,1%)  |
| Туберкулезный плеврит                        | 92 (12,6%)  | 36 (9,3%)   | 44 (12,6 %) |
| Диссеминированный                            | 37 (5%)     | 9(2,3%)     | 16 (4,6 %)  |
| Первичный туберкулезный комплекс             | 30 (4,1%)   | 12 (3,1%)   | 5 (1,4 %)   |
| Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов | 5 (0,7%)    | 1 (0,2%)    | 5 (1,4 %)   |
| Туберкулома легких                           | 3 (0,4%)    | 1 (0,2%)    | 1 (0,3 %)   |
| Милиарный туберкулез                         | 1 (0,1%)    | 1 (0,2%)    | 1 (0,3 %)   |
| Внелегочный туберкулез                       | 24 (3,3%)   | 11 (2,8%)   | 14 (4,0 %)  |
| всего  | 733         | 387         | 350         |

Согласно таблице 6, среди всех клинических форм туберкулеза преобладал инфильтративный туберкулез легких (в 2008г. – 57,3%, в 2009г. – 66,1%, в 2010г. – 63,1%). За 3 года из запущенных форм было зарегистрировано по 1 случаю милиарного туберкулеза.

Наиболее значимым фактором в возникновении специфического процесса является контакт с больным туберкулезом. Анализ контингента мигрантов показал, что имели контакт с больным туберкулезом в 2008г. – 39 человек (5,3%), в 2009г. – 17 (4,5%), в 2010г. – 12 (3,4%). В 2008г. при взятии на диспансерный учет мигрантов обследовано 147 контактных детей дошкольного возраста, 95 детей школьного возраста; в 2009г. – соответственно 81 и 52, в 2010г. – 73 и 45.

Социальный статус впервые выявленных больных туберкулезом мигрантов выглядел следующим образом:

- неработающий контингент составил в 2008 году 329 человек (45,5%), в 2009 году – 171 (44,2%), в 2010 году – 169 (48,3%);

- прибыли на работу в 2008 году 267 человек (36,4%), в 2009 году – 125 (32,3%), в 2010 году – 105 (30%).

- студенты в 2008 году составляли 71 человек (9,7%), в 2009 году - 64 (16,5%), в 2010 году – 50 (14,3%).

- прибыли с родителями в 2008 году 66 детей и подростков (9%), в 2009 году – 27 (6,9%), в 2010 году – 26 (7,4%).

Анализ миграционных процессов показал, что за 3 года всего зарегистрировано 1470 человек, в том числе в 2008 г. из 733 мигрантов – 40 (5,5%) составляли мигранты из зарубежных стран, в 2009г. – соответственно из 387 мигрантов – 19 (4,9%), в 2010г. - из 350 – 2 (0,6%).

Таблица 7 - Внешние мигранты в 2008-2010г.г.

| № п/п | Регион      | 2008 год   | 2009 год  | 2010 год |
|-------|-------------|------------|-----------|----------|
| 1.    | Узбекистан  | 11 (27,5%) | 6 (31,6%) | -        |
| 2.    | Кыргызстан  | 9 (22,5%)  | 2 (10,5%) | -        |
| 3.    | Монголия    | 8 (20%)    | 5 (26,3%) | 1 (50%)  |
| 4.    | КНР         | 6 (15%)    | 1 (5,3%)  | -        |
| 5.    | Россия      | 3 (7,5%)   | 3 (15,8%) | 1 (50%)  |
| 6.    | Украина     | 2 (5%)     | 1 (5,3%)  | -        |
| 7.    | Таджикистан | 1 (2,5%)   | -         | -        |
| 8.    | Азербайджан | -          | 1 (5,3%)  | -        |
|       | ВСЕГО       | 40         | 19        | 2        |

В таблице 7 представлены впервые выявленные больные из зарубежья. Наиболее часто встречались жители Узбекистана.

Анализ контингента впервые выявленных больных туберкулезом- граждан РК, зарегистрированных за 2008 – 2010г.г. показал (таблица 6), что из них наиболее часто встречались жители близлежащей Акмолинской области - 33,8% в 2008 г.; 40,2% в 2009 году, 62,1% в 2010 г.

**Таблица 8 - Внутренние мигранты за 2008-2010гг.**

| № п/п | Регион                        | 2008 год    | 2009 год    | 2010 год    |
|-------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| 1.    | Акмолинская                   | 234 (33,8%) | 148 (40,2%) | 216 (62,1%) |
| 2.    | ЮКО                           | 118 (17%)   | 39 (10,5%)  | 32 (9,2%)   |
| 3.    | Костанайская                  | 81 (11,7%)  | 47 (12,7%)  | 17 (4,9%)   |
| 4.    | Карагандинская                | 44 (6,3%)   | 23 (6,2%)   | 14 (4,0%)   |
| 5.    | Кызылординская                | 33 (4,8%)   | 10 (2,7%)   | 2 (0,6%)    |
| 6.    | СКО                           | 25 (3,6%)   | 15 (4,1%)   | 4 (1,1%)    |
| 7.    | Жамбылская                    | 22 (3,2%)   | 25 (6,8%)   | 17 (4,9%)   |
| 8.    | г. Алматы                     | 18 (2,6%)   | 9 (2,4%)    | -           |
| 9.    | ВКО                           | 16 (2,2%)   | 16 (4,3%)   | 10 (2,9%)   |
| 10.   | Павлодарская                  | 18 (2,3%)   | 8 (2,2%)    | 2 (0,6%)    |
| 11.   | Алматинская                   | 18 (2,3%)   | 4 (1,1%)    | 12 (3,4%)   |
| 12.   | ЗКО                           | 4 (0,6%)    | 2 (0,5%)    | 3 (0,9%)    |
| 13.   | Актюбинская                   | 3 (0,4%)    | 9 (2,4%)    | 2 (0,6%)    |
| 14.   | Атырауская                    | 3 (0,4%)    | 2 (0,5%)    | 4 (1,1%)    |
| 15.   | Мангыстауская                 | -           | 4 (1,1%)    | -           |
| 16.   | БОМЖ-и                        | 36 (5,2%)   | 7 (1,9%)    | 13 (3,7%)   |
| 17.   | Военнослужащие срочной службы | 17 (2,4%)   | -           | -           |
| 18.   | Осужденные                    | 3 (0,4%)    | -           | -           |
|       | ВСЕГО                         | 693         | 368         | 348         |

**Таблица 9 - Внутренние мигранты Акмолинской в разрезе районов за 2008-2010 гг.**

| Районы Акмолинской области | 2008 год | 2009 год | 2010 год |
|----------------------------|----------|----------|----------|
| Целиноградский             | 43       | 25       | 42       |
| Коргалжинский              | 33       | 19       | 32       |
| Ерейментауский             | 44       | 18       | 23       |
| Астраханский               | 22       | 16       | 14       |
| Аршалинский                | 12       | 10       | 16       |
| Шортандинский              | 16       | 10       | 10       |
| Аккульский                 | 16       | 8        | 7        |
| г. Степногорск             | 1        | 3        | 17       |
| г.Кокшетау                 | 10       | 6        | 20       |
| Атбасарский                | 6        | 6        | 9        |
| Буландинский               | 5        | 4        | 4        |
| Сандыктаусский             |          |          | 4        |
| Щучинский                  | 2        | 3        | 3        |
| Жаксынский                 |          | 4        | 3        |
| Селетинский                |          |          | 2        |
| Энбекшелдерский            |          | 3        | 2        |
| Есильский                  | 12       | 3        | 2        |
| Егиндыкольский             | 8        | 4        | 2        |
| Уалихановский              |          |          | 1        |
| Бестюбинский               |          |          | 1        |
| Жаркаинский                |          | 1        | 1        |
| Айыртаусский               |          |          | 1        |
| Державинский               | 1        | 2        |          |
| Зерендинский               |          | 3        |          |
| ВСЕГО                      | 234      | 148      | 216      |



Анализ внутренних мигрантов из Акмолинской области (таблица 7) показал, что наибольший процент мигрантов приходится на близлежащие к г. Астане районы (Целиноградский, Коргалжинский, Аршалинский, Астраханский, Шортандинский, Аккульский) бывшей Целиноградской области.

#### Выводы:

1. Рост заболеваемости в г.Астане в 2008г. (218,2 на 100 тысяч населения) по сравнению со средне-республиканским (125,5) был связан с большим притоком миграционного населения. Заболеваемость в городе без учета мигрантов составила 100,3 на 100 тысяч населения, что в 2,2 раза ниже. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости в г.Астане в 2009-2010г.г. до 191,8 и 165,6, такая же тенденция продолжается, так, заболеваемость в городе без учета мигрантов соответственно составила 133,5 и 114,5.

2. Из зарегистрированных 3739 больных с впервые выявленным туберкулезом 1470 человек составили мигранты, что составило 39,3%.

3. Анализ всех мигрантов по возрастному составу выявил, что основную часть составили больные трудоспособного возраста (18-55 лет).

4. Из числа больных туберкулезом мигрантов основную долю составили внутренние мигранты (граждане РК) - 1409 (95,8%).

5. Из числа больных туберкулезом внутренних мигрантов наибольшее число составили жители Акмолинской области - 598 (42,4%).

6. Из числа внутренних мигрантов 46,0% составили неработающие лица.

#### Литература

1. Иванова Е.С., Гветадзе Н.Ш., Китан С. и др. // Пробл. туб. - 1996. - №6. - С.28-29.
2. Гветадзе Н.Ш. Туберкулез органов дыхания у мигрантов: Автореф. дис..... д-ра мед.наук. - М., 1998. - 29 с.
3. Байсалмаков А.С. // Фтизиопульмонология. - 2010. - №1(16). - С.12-16.
4. Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н., Кочеткова Е.Я. и др. //Туберкулез и болезни легких. - 2011. - №6. - С.10-16.
5. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. - Алматы, 2011. - 68 с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Алматы қ. Қазақстан жаңа мегаполисінде жаңадан жұмыс орындарының пайда болуы мен қаланың құрылыс масштабтарына байланысты халыққа жаңа күшердің қосылуымен байқалуда. Туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жағымсыз себебінің бірі- миграция екені жалпыға мәлім. Біздің зерттеуімізге 2008-2010 жылдары аралығындағы Астана қаласындағы

эпидемиологиялық жағдайдың талдаулары жатады.

Өткізілген талдаулар нәтижесінде 2008 жылы Астана қаласында туберкулезден науқастанушылық 100 мың халыққа шаққанда (218,2) өскені анықталды, бұл орташа республикалармен салыстырғанда (125,5) шетелден келген тұрғындардың көп қосылуы-на байланысты болып отыр. Шетелден келгендерді есепке алмағанда қалада науқастанушылық 100мың халыққа шаққанда 100,3 құрайды, бұл 2,2 есе төмен екенін білдіреді. Астана қаласында 2009-2010 жылдар аралығында науқастану көрсеткіші біршама төмендегеніне қарамастан 191,8 және 165,6 дейінгі бағытта жалғасуда, қалада мигранттарды қоспағанда науқастану 133,5 және 114,5-ке тең. Туберкулездің алғаш анықталған түрімен тіркелген 3739 науқастың 1470 39,3% шетел мигранттары.

Жас құрамына қарай барлық мигранттар талдамасының негізгі бөлігі еңбекке жарамды жастағы (18-55 жас) науқастар екені анықталды. Мигранттар арасындағы туберкулез науқастары санының негізгі бөлігі ішкі мигранттарды құрайды яғни 1409 (95,8%) ҚР азаматы. Ішкі мигранттар арасындағы туберкулез науқастары санының көбін Ақмола облысына қоныстанған тұрғындар 598 (42,4%) құрайды. Ішкі мигранттар санының 46,0% жұмыссыздардан тұрады.

#### РЕЗЮМЕ

В новом мегаполисе Казахстана г.Астане наблюдается большой приток населения, связанный с масштабным строительством города и появлением новых рабочих мест. Общеизвестно, что миграция является одним из факторов, отрицательно влияющих на эпидемиологические показатели по туберкулезу. Целью нашего исследования был анализ эпидемиологической ситуации в г.Астане за 2008-2010г.г. В результате проведенного анализа нами выявлено, что рост заболеваемости в г.Астане в 2008 г. (218,2 на 100 тысяч населения), по сравнению со среднереспубликанским (125,5), был связан с большим притоком миграционного населения. Заболеваемость в городе без учета мигрантов составила 100,3 на 100 тысяч населения, что в 2,2 раза ниже. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости в г.Астане в 2009-2010г.г. до 191,8 и 165,6, такая же тенденция продолжается. Так, заболеваемость без мигрантов в городе без учета мигрантов соответственно составила 133,5 и 114,5. Из зарегистрированных 3739 больных с впервые выявленным туберкулезом 1470 человек были мигранты, что составило 39,3%. Анализ всех мигрантов по возрастному составу выявил, что основную часть составили больные трудоспособного возраста (18-55 лет). Из числа больных туберкулезом мигрантов основную долю составили внутренние мигранты (граждане РК) - 1409 (95,8%). Из числа больных туберкулезом внутренних мигрантов наибольшее число

составили жители близлежащей Акмолинской области - 598 (42,4%). Из числа внутренних мигрантов 46,0% составили неработающие лица.

### SUMMARY

In the new megapolis of Kazakhstan Astana city the great influx of population due to the large-scale building and new working places opening is observed. It is well known that migration is one of the factors negatively influencing on epidemiological situation on tuberculosis. Target of our study was to analyze the epidemiological situation on TB in Astana city over 2008-2010. As a result of the analysis conducted it was revealed that increase in TB incidence in Astana in 2008 (218.2 per 100.000) compared with this indicator over the country was the consequence of the big migration influx. TB incidence in the

city without taking into account the migrants constituted 100.0 per 100.000 of population that is by 2 times lower. Despite of some decrease in TB incidence in Astana to 191.8 and 165.6 per 100.000 in 2009 and 2010 relatively this tendency remains: TB incidence without migrants in the city constituted 135.5 and 114.5 relatively. Out of 3739 patients with newly detected TB 1470 (39.3%) were the migrants. Analysis of all migrants by age compound revealed that the main part of them were the patients of working age (18-55 years). Out of number of migrants with TB the internal migrants (citizens of the Republic of Kazakhstan) constituted the largest proportion - 1409 (95.8%). Out of patients internal migrants inhabitants of nearby Akmolinskaja oblast constituted the large number - 598 (42.4%). Jobless among internal migrants reached up 46.0%.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

*Табылдиева К.Д.*

*Противотуберкулезный диспансер Медеуского района, г. Алматы*

Больные туберкулезом, страдающие алкоголизмом и наркоманией, представляют наибольшую опасность, являются основным источником распространения туберкулезной инфекции, в значительной мере определяют уровень смертности от туберкулеза, заболеваемости, болезненности и инвалидности. Одновременно туберкулезом и хроническим алкоголизмом страдают главным образом мужчины в возрасте 30-60 лет. Туберкулез стал наиболее угрожающей социальной и медицинской проблемой. При этом традиционно слабым звеном остаются противотуберкулезные мероприятия среди социально-дезадаптированных лиц, мигрирующей части населения, не вполне скоординированная работа с административными, общественными структурами, общей лечебной сетью и санитарно-эпидемиологической службой. Поэтому поиск и разработка эффективных организационных форм противотуберкулезной деятельности в настоящий момент представляются актуальными и своевременными.

Патогенез туберкулеза у больных алкоголизмом полностью не выяснен. Алкоголь ведет к повреждению различных органов и систем, в том числе иммунной

системы. В легких алкоголь разрушает альвеолярный эпителий, вызывает гибель легочных макрофагов, воспалительную инфильтрацию стенок бронхов, сосудов, что приводит к угнетению местных защитных реакций против инфекций. Длительная алкогольная интоксикация приводит к нарушению обменных процессов, дегенеративным и деструктивным изменениям внутренних органов, способствует прогрессированию туберкулеза. У больных алкоголизмом могут выявляться различные по тяжести формы туберкулеза легких. Однако чаще, чем у других больных, обнаруживают фиброзно-кавернозный туберкулез, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения и туберкулез, протекающий по типу казеозной пневмонии.

Симптоматика. Больные с впервые выявленным туберкулезом нередко жалоб не предъявляют. При прогрессирующем туберкулезе отмечаются высокая температура тела, симптомы интоксикации, кашель с мокротой, одышка.

Диагностика. Основывается на рентгенологической картине, которая по существу не отличается от таковой у больных туберкулезом, не страдающих ал-

коголизмом, а также на данных микробиологического исследования, почти всегда указывающих на наличие бактериовыделения. Больные хроническим алкоголизмом и наркоманией неадекватны в оценке своего здоровья, обычно игнорируют профилактические обследования, в связи с абстинентными состояниями утрачивают контроль за своим здоровьем и поздно обращаются за помощью к врачу.

**Цель:** предложить эффективные методы диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией.

### Материалы и методы

Для повышения эффективности лечения и диспансерного наблюдения социально-дезадаптированных больных туберкулезом органов дыхания, предлагается алгоритм действия участкового фтизиатра по повышению у таких больных приверженности к лечению. При обращении за медицинской помощью подобных больных участковый фтизиатр должен:

1. Определить социальный статус больных путем беседы, вызвать у больного доверительное отношение к медицинскому работнику, расположить больного к беседе.

2. В медицинской карте больного туберкулезом отметить данные: семейное положение, жилищное обустройство, наличие работы в последний год или длительность отсутствия работы, уровень материальной обеспеченности, пребывание в учреждении УИС, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и наличие контактов с больными туберкулезом.

К социально-дезадаптированным лицам относят при наличии следующих двух и болееотягощающих факторов: хронический алкоголизм, наркомания, наличие судимости в прошлом, отсутствие постоянного места жительства, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, отсутствие постоянной работы, отсутствие средств к существованию.

3. Представлять на врачебно-контрольную комиссию (ВКК), чтобы организовать диспансерное наблюдение и лечение с учетом уровня социальной адаптации. Для каждого больного разработать индивидуальный подход, организовать консультации врача-нарколога, психолога и, по необходимости, других специалистов.

4. Организовать непосредственно контролируемый режим химиотерапии на весь период лечения.

5. Определить лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, чтобы своевременно назначить адекватный режим интенсивного лечения.

6. Организовать бесплатное лечение от алкоголизма.

7. Организовать своевременную консультацию

фтизиохирурга при показании комплексного лечения с хирургическим вмешательством.

8. Организовать социальные мероприятия, к ним относятся: предоставление дополнительного питания, продуктовых пакетов, обеспечение проездными билетами, своевременное представление больных на определение группы инвалидности в медико-социальную экспертную комиссию, обеспечение лечения на дому через химизатора, предоставление путевок в санатории и, по необходимости, больным, проходящим поддерживающую фазу лечения, ее проведение в условиях санатория.

9. Организовать правовые мероприятия: привлекать к лечению социальнодезадаптированных больных, отказывающихся от лечения, уклоняющихся от госпитализации, нарушающих режим химиотерапии, с помощью представителей органов правопорядка. Участковый фтизиатр подготавливает документы в суд для отправления на принудительное лечение.

### Привожу клиническое наблюдение.

Больной К., 27 лет, взят на диспансерный учет с рецидивом туберкулеза после курса DOT-терапии, с диагнозом: Инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и обсеменения, МБТ+, 1Б группа, 2 категория. Из анамнеза: туберкулез легких впервые выявлен в 2000г., лечение получал по 1 категории в течение 6 месяцев, закончил с исходом «лечение завершено». Затем в 2003г. снят с учета. Образование среднее, не работает более 3 лет, не женат, проживает в благоустроенной квартире с множеством родственников в антисанитарных, неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях, постоянного источника дохода не имеет. Сопутствующие заболевания: хронический алкоголизм, хронический пиелонефрит, хронический панкреатит. Рецидив туберкулезного процесса, выявлен в ГКЦ токсикологии, куда был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии. В мокроте методом бактериоскопии по Циль-Нильсону обнаружены МБТ. Посев мокроты дал рост МБТ +, лекарственная чувствительность к препаратам первого ряда сохранена. Рентгенологически: с обеих сторон по всем легочным полям очаги различной величины с выраженной инфильтрацией легочной ткани с полостями распада в верхних долях обоих легких.

В стационаре больной неоднократно употреблял алкогольные напитки, пропускал прием лекарственных препаратов, пациент консультирован врачом-наркологом. Больной выписан из стационара через 5 месяцев, где получил полный курс интенсивной фазы лечения, в результате которого достигнуты конверсия мазка мокроты через 3 месяца и закрытие полостей распада через 5 месяцев лечения.

Поддерживающую фазу лечения получал в амбула-

торных условиях в течение 5 месяцев через химизатора на дому, под периодическим присмотром участкового милиционера. Больному как малоимущему оказывалась материальная помощь в виде продуктовых наборов и оказывалась психологическая помощь участковыми фтизиатрами и медицинской сестрой.

Результат лечения: Рентгенологически: с обеих сторон в верхних отделах легких определяются очаговые тени средней интенсивности на фоне фиброзных изменений. Метод посева МБТ дал многократно отрицательный результат. Через 10 месяцев лечения и диспансерного наблюдения у больного установлено клиническое излечение инфильтративного туберкулеза легких, с исходом «вылечен».

Таким образом, организация диспансерного наблюдения и лечения с социально ориентированным подходом к наиболее эпидемически опасной и недисциплинированной категорией социально-дезадаптированных больных туберкулезом позволяет достигнуть существенного повышения результатов их лечения и социальной реабилитации.

#### **Выводы**

1. Дифференцированный подход к организации диспансерного наблюдения с проведением комплекса мероприятий: медицинских, социальных, правовых - позволяют формировать у социально-дезадаптированных больных положительную мотивацию к сотрудничеству с медицинским персоналом.

2. Использование предложенного алгоритма действия участкового фтизиатра и социально ориентированная методика диспансерного наблюдения позволяют повысить эффективность их лечения.

#### **Литература**

1. Перельман М.И., Корякин В. А. Фтизиатрия. - М., 1996. - 243 с.
2. Лукина А.М. //Туберкулез и болезни легких. - 2010. - №7. - С. 29-34.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада дифференциалды тәсілін тауып, комплексті шараларды ұйымдастырып, бағыттан адасқан науқастарға әлеуметтік, медициналық және құқықтық шараларды қалыптастырып, науқастардың медицина қызметкерлеріне деген қарым-қатынасын жақсартуға бағытталған. Диспансерлік бақылау мен емдеу шараларына әлеуметтік бейімдеу әдістемесін ұйымдастыру арқылы, олардың емінің тиімділігін жоғарлатуға көмектеседі.

#### **РЕЗЮМЕ**

В статье предлагается алгоритм по организации диспансерного диспансерного наблюдения и лечения больных туберкулезом органов дыхания, страдающих хроническим лкоголизмом и наркоманией. Предложен клинический пример удачного завершения лечения больного туберкулезом с сопутствующим хроническим алкоголизмом.

#### **SUMMARY**

A differential approach to organize a regular medical control with a comprehensive medical, social and legal orientation allows to obtain a positive motivation for collaboration with medical staff and for adherence to the treatment formed in socially disadapted patients with pulmonary tuberculosis.

## **ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕЦИДИВОВ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТУБЕРКУЛЕЗ**

*Тастаева Г.К.*

*ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» УЗ ЗКО*

Одним из показателей эпидемиологического благополучия населения является количество рецидивов туберкулеза.

Рецидив – это повторное заболевание туберкулезом больных, которые ранее получили полный курс лечения и завершили его с исходом «вылечен» или «лечение завершено».

Повторное обострение туберкулезного процесса

после завершения полного курса лечения зависит от ряда факторов, от длительности и регулярности приема противотуберкулезных препаратов, возраста, пола, материально-бытовых условия жизни и уровня санитарной грамотности населения.

Рецидивы болезни рассматриваются как один из показателей лечения туберкулеза.

Несмотря на стабилизацию показателя заболе-

ваемости в области, интенсивный показатель возникновения рецидивов остается одним из самых высоких в республике. Так, по итогам 2009 года данный показатель составил 68,8 (427 рецидивов), в 2010 году отмечается незначительное снижение на 0,5%, показатель составил 68,4, взято на учет с рецидивами 414 больных. В РК данный показатель в 2009 году составил 61,6. В связи с этим возникла необходимость проведения анализа данного показателя по области.

Нами был проведен анализ 414 случаев рецидива за последние два года. Как показал анализ, рецидивы с бактериовыделением, что составили 53% (220 больных), а рецидивы без бактериовыделения - 44% (181 больных) и внелегочные формы туберкулеза - 3% (13 больных).

Из 181 больных без бактериовыделения 80% (176 больных) из них имели отрицательные результаты бакпосева на начало лечения, а положительные составили лишь 20% (44 больных).

Высокий процент больных с отрицательным бакпосевом свидетельствует о возможной «гипердиагностике». Для уточнения активности не всегда используется «0» группа диспансерного учета.

Анализ по полу показал, что среди рецидивов было 280 мужчин, что составило 68%, и 134 женщины - 32%.

По социальному статусу неработающие составили 61% (253), работающие 29%, (121), прочие 10% (40).

По возрастному составу можно отметить, что наибольший процент рецидивов в возрасте 45-54 – 23,7%, 35-44 – 21,5%, 25-34 – 20,3%. Соответственно низкий процент рецидивов в возрасте до 14 лет - 2 случая (0,5%) и 1,5% у подростков (6 случаев рецидива). Причиной высокого показателя рецидивов в возрастной группе от 25 до 54 лет является социальный фактор, 61% лиц данной группы были неработающие (табл. 1).

**Таблица 1 - Распределение больных с рецидивом ТБ по возрасту**

| Возраст | Рецидивы | %    |
|---------|----------|------|
| 5-14    | 2        | 0,5  |
| 15-17   | 6        | 1,5  |
| 18-24   | 49       | 11,8 |
| 25-34   | 84       | 20,3 |
| 35-44   | 89       | 21,5 |
| 45-54   | 98       | 23,7 |
| 55-64   | 58       | 14,0 |
| 65 и >  | 28       | 6,7  |

Немаловажное значение имеет сроки возникновения рецидивов.

**Таблица 2 - Сроки возникновения рецидивов**

| Сроки возникновения рецидивов | Общее число | %    |
|-------------------------------|-------------|------|
| до года                       | 14          | 3,4  |
| от 1 до 3 лет                 | 53          | 12,8 |
| От 3 до 5 лет                 | 58          | 13,9 |
| От 5 до 10 лет                | 96          | 21,3 |
| 10 лет и >                    | 193         | 46,7 |

Также установлено, что у большей части больных, а это 46,7% (193 случая), рецидив заболевания наступил через 10 лет и более; в срок от 5 до 10 лет - у 96 больных (21,3%); от 3 до 5 лет - у 58 больных (13,9%); от 1 до 3 лет - 53 больных (12,8%) и до года данный показатель составил 3,4% (14 больных).

Показатель частоты ранних рецидивов до 5 лет отражает наличие дефектов в лечении. При анализе причин рецидивов, прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что по большей части больным при впервые выявленном заболевании не на должном уровне была проведена контролируемая химиотерапия в амбулаторных условиях.

Так, из 128 больных 7,8% (10 больных) получали лечение на поддерживающей фазе в условиях стационара, 18% (23 больных) в санатории и у большего количества больных - 76,6% (98 больных) поддерживающая фаза проходила в амбулаторных условиях.

Зачастую фтизиатрами игнорировались результаты теста на лекарственную чувствительность. Из 125 рецидивов у 10,4% (13 больных) в прошлых эпизодах болезни уже была устойчивость к противотуберкулезным препаратам. В группе сравнения полирезистентность была у 6 больных, множественная лекарственная устойчивость - у 7 больных. Однако решением ЦВКК эти больные с положительной рентгенологической динамикой закончили лечение препаратами первого ряда.

Показатель частоты поздних рецидивов после 5 лет свидетельствует о распространенности туберкулезной инфекции, неблагоприятных медико-биологических и социальных факторах и отсутствии настороженности со стороны лиц, перенесших туберкулез, на возможность обострения заболевания. Так, в ходе мониторинга общей лечебной сети не все лица с остаточными изменениями в легких проходили ежегодный профилактический осмотр. Из 289 больных с рецидивом 22,1% (64 лиц) не проходили флюорографию в течение 2 и более лет.

По структуре клинических форм удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза при рецидивах составил 26,4%, диссеминированного – 17,3%, инфильтративного туберкулеза - 50,1%, и 6,3% составили

другие формы туберкулеза, что также свидетельствует о позднем обращении.

С целью дальнейшего снижения показателя рецидивов необходимо:

- для предупреждения развития ранних рецидивов своевременно решать вопрос о переводе больных с лекарственной устойчивостью к препаратам первого ряда на лечение препаратами второго ряда;
- для предотвращения развития поздних рецидивов лицам, имеющим остаточные явления в легких, находящимся под наблюдением в общей лечебной сети, проводить систематические флюорографические осмотры;
- для верификации диагноза шире использовать 0 группу диспансерного учета;
- усилить контроль за лечением больных на поддерживающей фазе в амбулаторных условиях, а больным из социально неблагополучных семей поддерживающую фазу проводить в условиях санатория и стационаров;
- проводить санитарно-просветительную работу среди населения из групп риска о мерах профилактики и вести пропаганду здорового образа жизни.

#### ТҰЖЫРЫМ

БҚО ОҚД соңғы екі жылдағы ауруы қайталанған 414 науқастың талдаулары келтірілген. 193 науқаста (46,7%) 10 жылдан кейін ауруы қайталанған болса, 5 жылдан 10 жылға дейінгі мерзімде 96 науқаста (21,3%) анықталған, 3 жылдан 5 жылға дейін 58 науқас (13,9%) тіркелсе, 1 жылдан 3 жылға дейін 53 науқас (12,8%), бір жылға дейінгі қазіргі көрсеткіш 14 науқасты 3,4% құрайды. Туберкулез науқастарында аурудың қайта туындауы әлеуметтік қамтылмаған, яғни тұрақты жұмыс жасамайтын, сонымен қатар, ауруды жалғастыру деңгейінде амбулаториялық жағдайда емделген

науқастарда кездесетіні дәлелденді. Сонымен қатар, туберкулезбен ауырған, бірақ белгісіз себептермен жыл сайынғы медициналық алдын-ала тексеруден өтпеген науқастарда да туберкулездің қайта туындауы анық байқалады.

#### РЕЗЮМЕ

В ОПТД ЗКО проведен анализ 414 случаев рецидива за последние два года. У большей части больных - 46,7% (193 случая) рецидивы заболевания наступили через 10 лет и более, в срок от 5 до 10 лет у 96 больных (21,3%), от 3 до 5 лет у 58 больных (13,9%), от 1 до 3 лет у 53 больных (12,8%) и до года данный показатель составил 3,4% (14 больных). Изучены причины возникновения рецидивов у больных туберкулезом, установлено, что повторное заболевание в основном отмечается у лиц социально неблагополучных, то есть не имеющих постоянной работы, у лиц, которые лечились в амбулаторных условиях на поддерживающей фазе, а также у лиц, ранее перенесших туберкулез, но, по определенным причинам, не проходивших ежегодный профилактический осмотр.

#### SUMMARY

There were studied the reasons of relapses emerging in patients with TB treated at TB Dispensary of West Kazakhstan Oblast. Relapses occurred in the majority of cases in 46.7% (193 cases) 10 years or more later, 5-10 years later in 96 cases (21.3%), 3 - 5 years later in 58 cases (13.9%), 1-3 years later in 53 cases (12.8%) and during 1 year after treatment completed 4% (14 cases). It was stated that the relapses mainly occurred in persons socially disadapted, i.e. jobless, homeless, those been treated out-patient in the continuation phase and, also, those earlier been treated but been not examined yearly at TB dispensary.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Темирханова А. Т.*

*Акмолинский областной противотуберкулезный диспансер им. К. Курманбаева*

За последнее десятилетие достигнуты большие успехи в области изучения диагностики, клиники, лечения и эпидемиологии, но вместе с тем необходимо отметить, что эпидемиология туберкулеза в основном

сводилась к выяснению вопросов заболеваемости, болезненности и смертности.

В то же время такие важные компоненты эпидемиологического процесса, как социальные вопросы и

профилактики туберкулеза изучались недостаточно. Специфика и относительная изолированность противотуберкулезной службы от общей лечебной сети наложила соответствующий отпечаток и на разработку теоретических вопросов эпидемиологии туберкулеза.

В этой связи необходимо постоянно совершенствовать подходы к организации борьбы с туберкулезом, что позволит более целенаправленно использовать имеющиеся материальные и кадровые ресурсы, осуществлять мониторинг за ситуацией, адекватно координировать взаимодействие органов и ведомств, оценивать их участие в реализации противотуберкулезных мероприятий.

Учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию, превышение основных показателей относительно республиканских, разработана программа совершенствования мер борьбы с туберкулезом в области на 2009-2011 годы.

**Основными задачами являются:**

- 1) продолжение совершенствования нормативной базы по организации противотуберкулезных мероприятий;
- 2) совершенствование профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- 3) изменение организационно-правовой формы противотуберкулезных учреждений;
- 4) внесение изменений в структуру и штаты ПТО;
- 5) укрепление материально-технической базы ПТО в соответствии с новыми технологиям диагностики, лечения, требованиями инфекционного контроля и мониторинга;
- 6) улучшение условий для пребывания больных, внедрение дополнительных лечебно-оздоровительных, психотерапевтических мероприятий в лечебный процесс в стационарах;
- 7) совершенствование ранней диагностики и выявления туберкулеза, соблюдение стандартных требований и создание оптимальных условий для больных на поддерживающей фазе в ПМСП;
- 8) совершенствование лекарственного обеспечения и мер безопасности;
- 9) взаимодействие всех заинтересованных служб и органов по реализации мер борьбы с туберкулезом и определение роли, оценка участия местных исполнительных и уполномоченных государственных органов в реализации противотуберкулезных мероприятий;
- 10) обеспечение эпидемиологической безопасности медицинского персонала на всех уровнях;
- 11) широкая разъяснительная работа о профилактике туберкулеза среди населения.

Нами проведен анализ организационных мер по борьбе с туберкулезом. В области проводится ком-

плекс мероприятий, направленный на стабилизацию эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом.

Реализация противотуберкулезных мероприятий в соответствии с действующими в республике нормативно-правовыми актами возложена на:

местные исполнительные и представительные органы, органы здравоохранения, образования, внутренних дел, по миграции населения, комитет уголовно-исполнительной системы, санэпидслужбу, по реализации социальных программ, сельского хозяйства, работодателей.

В соответствии с Постановлением Правительства № 2136 от 15.12.2009 «Об утверждении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», приказами и другими нормативными документами Министерства здравоохранения оказание организационно-методической помощи всем лечебно-профилактическим и другим заинтересованным ведомствам по проблемам туберкулеза возложено на противотуберкулезную службу, определена роль общей лечебной сети, первичной медико-санитарной помощи. Координация возложена на органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Для придания комплексного и системного подхода к реализации противотуберкулезных мероприятий акимом области утвержден межведомственный рабочий план по стабилизации заболеваемости туберкулезом в Акмолинской области на 2008-2012 годы.

Совместно с управлением координации занятости и социальных программ составлен календарный план оказания материальной помощи больным туберкулезом. Проведенный анализ причинно-следственной связи показывает, что на уровень заболеваемости в области значительно повлияли повторные случаи заболеваний в очагах туберкулеза. Так, в 2010 году из числа вновь выявленных детей и подростков 60% имели родственный контакт с больными туберкулезом. При этом факторами, способствовавшими регистрации заболеваемости в очагах, послужили недостаточная материальная обеспеченность, неблагоприятные жилищно-бытовые условия, низкий уровень санитарной культуры, что установлено при обследовании очагов специалистами санитарно-эпидемиологической службы.

Проведенным анализом установлен ряд факторов, способствующих росту заболеваемости: недостаточный уровень организационных мер, социальная неустроенность, отсутствие необходимых условий для изоляции контактных из очагов туберкулеза, миграция населения, наличие лиц, не прошедших осмотр на туберкулез, 2 и более лет.

Изучение организации лечения больных тубер-

кулезом в Атбасарском, Степногорском, Щучинском региональных, Акмолинском областном противотуберкулезном диспансерах и отделениях при Аршалинской, Аккольской, Буландинской и Ерейментауской центральных районных больницах, показало несоблюдение принципов разграничения потоков больных по формам заболевания. Малоомощные противотуберкулезные отделения Буландинской, Ерейментауской, Аршалинской, Аккольской центральных районных больниц занимают приспособленные здания барачного типа, не соответствующие санитарным нормам и правилам по площади и набору помещений, где развернуто от 15 до 30 коек для лечения больных туберкулезом. Данные стационары были созданы в период экономического спада и эпидемии туберкулеза, однако на стабилизацию эпидемиологической ситуации на территории они не оказали существенного влияния.

Отсутствует пропускная система в противотуберкулезных организациях, не ограничен контакт посетителей с больными даже с лекарственно-устойчивыми формами.

В этой связи была поставлена задача разработать проектно-сметную документацию на устройства ограждения и строительства контрольно-пропускных пунктов (далее КПП) Атбасарского, Степногорского, Щучинского региональных диспансеров (далее РПТД). В 2009 году из областного бюджета на эти цели дополнительно выделено 84,7 млн. тенге. На капитальный ремонт Степногорского РПТД выделено 5,8 млн. тенге.

В области из 760 противотуберкулезных коек 75 не дают желаемых результатов, а способствуют перезаражению больных в стационаре с последующим переходом в число больных с множественной лекарственной устойчивостью, расширению круга хронических больных.

Так, если всего по области число больных с множественной лекарственной устойчивостью составляет 290, из них приходится до 20 % на данные районы, что является следствием пребывания больных в стационарах, не соответствующих противоэпидемическим требованиям, и нарушения стандартной схемы лечения.

В сложившейся ситуации потребовалось перераспределение потоков больных по территориальным противотуберкулезным стационарам.

**1 этап.** Приказом по Акмолинскому областному противотуберкулезному диспансеру от 13 июня 2008г. № 70-п проведен 1 этап реструктуризации 760 противотуберкулезных коек. В соответствии с приказом ОУЗ закрыты туберкулезные отделения центральных районных больниц. Специализированная стационарная помощь одноптипным больным туберкулезом сконцентрирована в областном и трех региональных противотуберкулезных диспансерах. Щучинский РПТД пред-

назначен для госпитализации только небациллярных больных, в Атбасарском и Степногорском одноптипных бациллярных и небациллярных.

Отделение принудительного лечения определено в структуре областной психиатрической больницы с передачей сокращенных 55 коек.

Для изоляции и симптоматического лечения больных с хроническими формами туберкулеза увеличена коечная мощность с 50 до 70 Мариновского противотуберкулезного отделения (по типу хосписа).

Приказом ОУЗ от 18.03.2009г. № 105-адм. закреплены районы и города за противотуберкулезными учреждениями.

**2 этап.** Согласно приказа ОУЗ от 28.07.2009г. № 114-п «О реструктуризации» с 1августа 2009г. небациллярные больные выведены из Степногорского и Атбасарского в Щучинский РПТД. Сконцентрирована госпитализация бациллярных больных в областном, Атбасарском, Степногорском диспансерах в зависимости от типа и категории. В связи с систематическим нарушением больничного режима в противотуберкулезных учреждениях отдельной категорией больных туберкулезом с бацилловыделением, приводящим к развитию резистентных форм туберкулеза и, как следствие, низкой эффективности лечения, пополнению резервуара опасной инфекции, приказом ОУЗ от 28.05.09г. № 85-п изменено наименование отделения для принудительного лечения на «закрытое отделение для нарушителей режима и уклоняющихся от лечения больных туберкулезом с бацилловыделением, в том числе с мультирезистентными формами на 55 коек».

Систематизирована работа с нарушителями больничного режима путем освидетельствования, актирования и дальнейшего перевода решением ЦВКК в закрытое отделение для недопущения перерывов лечения.

Для решения данных проблем:

- по нашему предложению в 2008 году было выделено из бюджета дополнительно почти 15,0 млн. тенге для принятия экстренных мер по устранению аварийного состояния сетей коммуникаций облтубдиспансера;

- в 2009 году были перераспределены средства по системе здравоохранения - сняты из других медицинских организаций и дополнительно направлены 84,0 млн.тенге на противотуберкулезные мероприятия, таким образом, финансирование доведено до 1,127 млн. тенге, что позволило снять ряд серьезных проблем по материально-технической базе противотуберкулезных учреждений, устранить неблагоприятные факторы, влияющие на процесс лечения и здоровье медицинского персонала;

- во всех четырех учреждениях в 2009 году вве-



дена пропускная система, произведено ограждение территорий;

- в областном и Щучинском диспансерах установлено оборудование для видеонаблюдения;

**3 этап.** Реализация перемещения больных и госпитализация в противотуберкулезные организации в соответствии с типом и категорией, согласно утвержденной схемы (Приложение 1 к приказу ОУЗ от 28.07.09г. № 114-п) приказом УЗО от 20.10.2009г. № 505 «О транспортировке больных туберкулезом» определена доставка больных туберкулезом с бацилловыделением в стационары только на санитарном транспорте.

**4 этап.** Учитывая положительные результаты деятельности противотуберкулезных стационаров области, тенденцию к снижению основных эпидемических показателей, но при этом рост количества больных с резистентными формами туберкулеза, в целях максимального использования коечного фонда, повышения эффективности лечения приказом ОУЗ от 01.11.2010г. № 555-адм. « О проведении 4 этапа реструктуризации»

- Бурабайский РПТД перепрофилирован для продолжения лечения в поддерживающей фазе больных из малоимущих слоев населения.

- областной противотуберкулезный диспансер - для диагностики и адекватного лечения больных по 1 категории с бактериовыделением и для больных МЛУ ТБ (отделение МЛУ ТБ расширено с 40 до 100 коек), внелегочное, легочно-хирургическое, детское отделения;

- Атбасарский РПТД - для диагностики и лечения больных по 1 и 2 категории с бактериовыделением с сохраненной чувствительностью;

- Степногорский РПТД - для диагностики и лечения больных без бактериовыделения.

**5 этап.** Учитывая результаты деятельности противотуберкулезных стационаров области, с целью повышения эффективности лечения, рационального использования коечного фонда, приказом УЗО №552 от 11.10.2011г. «О проведении 5 этапа реструктуризации коечного фонда» проведен 5 этап реструктуризации. Региональные противотуберкулезные диспансеры, согласно приказа МЗ РК №131 от 14.03.11г., переименованы в межрайонные, Мариновскому отделению при Атбасарском РПТД придан статус самостоятельной межрайонной противотуберкулезной больницы, в составе которой отделение для принудительного лечения на 40 коек и отделение для изоляции больных с хронической формой на 60 коек (уменьшено на 10 коек). Отделение для нарушителей режима Алексеевской областной психиатрической больницы перепрофилировано в «наркологическое отделение для больных туберкулезом без бацилловыделения на 35 коек».

- каждое отделение ПТУ на сегодня имеет обособленный выход, прогулочные площадки;

- в ОПТД для общения посетителей с больными установлена видеосвязь.

Таким образом, проведенные противотуберкулезные мероприятия, перераспределение потоков больных по территориальным противотуберкулезным стационарам и анализ ситуации показывает в результате проделанной работы за последние 3 года, следующее:

- показатель заболеваемости туберкулезом по области снизился на 29,5% ;

- снизилась заболеваемость детей на 31,1%, а подростков на 27%;

- болезненность уменьшилась на 22,8% с 354,3 до 213,0;

- показатель смертности снизился на 31,4%;

- произошло снижение случаев рецидивов на 7,8% с 332 случаев в 2008 г. до 306 в 2010 г.;

- рост удельного веса абациллирования на 7,2% - 85%;

- рост удельного веса закрытия полостей на 2% - 80,3%;

- рост эффективности лечения на 13,8% - 71,5%;

## ТҰЖЫРЫМ

Республикалық негізгі көрсеткіштердің артуына қатысты, туындаған эпидемиологиялық жағдайды ескеріп, Ақмола облысында 2009-2011 жылдарға арналған туберкулезбен күрес шараларын жетілдірудің бағдарламасы әзірленді. Бағдарламаның негізгі мақсаты мен міндеттері облыста туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайды тұрақтандыруға бағытталған. Туберкулезге қарсы ұйымдарда науқастармен оларға келушілердің қарым қатынасы және өткізу жүйесінің болмауы, келушілермен бейнебайланыс, қоршаулар, бақылау-өткізу пунктерінің құрылысына ықпалын тигізді. Облыстық және аймақтық туберкулезге қарсы диспансерлерінде, сондай-ақ орталық аудандық ауруханаларда туберкулез науқастарды емдеуді ұйымдастыруын пысықтауда аурулар формалары бойынша науқастар ағынын шектеу қағидаларының сақталмауы байқалды, яғни ол қуаты аз бөлімшелердің жабылуына және төсек қорын 5 кезеңді құрастыруға әкелді. Өткізілген туберкулезге қарсы іс-шаралары негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштердің төмендеуіне әсерін тигізді – аурушандық 22,8%-ға, сырқаттану 29,5%-ға және өлім-жітім 31,4%.

## РЕЗЮМЕ

Учитывая сложившуюся эпидемиологическую ситуацию, превышение основных показателей относительно республиканских, разработана программа со-

вершенствования мер борьбы с туберкулезом в Акмолинской области на 2009-2011 годы. Основная цель и задачи программы направлены на стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулезу в области. Отсутствие пропускной системы и контакт посетителей с больными в противотуберкулезных организациях, потребовало строительства контрольно-пропускных пунктов, ограждений, видеосвязи с посетителями. Изучение организации лечения больных туберкулезом в областном, и региональных противотуберкулезных диспансерах, а также в отделениях при центральных районных больницах, показало несоблюдение принципов разграничения потоков больных по формам заболевания, что привело к закрытию маломощных отделений и проведению 5 этапов реструктуризации коечного фонда. Проведенные противотуберкулезные мероприятия способствовали снижению основных эпидемиологических показателей - болезненности на 22,8%, заболеваемости на 29,5% и смертности на 31,4%.

## SUMMARY

Given the current epidemiological situation, improving the basic indicators with respect to the Republic, a program of measures to improve tuberculosis control and Akmola region for 2009 - 2011 years had been elaborated. The main purpose and objectives of the program aimed at stabilizing the epidemiological situation of tuberculosis in the region. Lack of capacity of the system and contact with patients in tuberculosis organizations has contributed to building control - checkpoints, fences, video with visitors. The study of the organization of treatment of tuberculosis patients in the provincial and regional tuberculosis dispensaries, as well as offices in the central district hospitals showed non-compliance with the principles of separation of flows of patients according to the forms of the disease, which led to the closure of offices and conducting low-power 5 stages of the restructuring of beds. Past activities have contributed to decrease of key epidemiological indicators: - morbidity by 22.8%, incidence by 29.5% morbidity and mortality by 31.4%.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*Тусупбекова Г.Т.*

*Областной противотуберкулезный диспансер, г. Караганды*

Большой опыт применения амбулаторной антибактериальной терапии туберкулеза в ряде стран мира позволяет рассматривать ее как приоритетный метод лечения [1]. Доказана эффективность амбулаторного лечения ограниченных форм легочного туберкулеза без бактериовыделения и без деструкции [2]. Следует учесть, что более широкое применение амбулаторной антибактериальной терапии требует меньших затрат и значительно дешевле стационарного [3].

Работа противотуберкулезного диспансера направлена на снижение заболеваемости, инфицированности туберкулезом, инвалидности и смертности населения обслуживаемого района. Диспансер проводит работу по следующим основным направлениям: 1) Профилактика туберкулеза (организация профилактической вакцинации и ревакцинации, санация очагов туберкулезной инфекции; химиопрофилактика, санитарное просвещение); 2) Своевременное выявление заболевших туберкулезом (контакт с общей медицин-

ской сетью, массовые профилактические осмотры); 3) Систематическое наблюдение за пациентами диспансера; 4) Организация комплексного лечения.

Поликлиническое отделение обслуживает больных, направленных на консультацию и состоящих на диспансерном наблюдении у фтизиатра, выполняет профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Работа по профилактике и выявлению туберкулеза проводится совместно с медицинскими организациями района и районным управлением санитарно-эпидемиологического надзора.

Совместно определен и согласован список группы риска и обязательного контингента. Проводится контроль над их обследованием.

Целью настоящей работы была оценка эффективности противотуберкулезной работы в Октябрьском районе г. Караганды.

**Таблица 1 - Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в Октябрьском районе на 100 тыс. населения**

| Эпидемиологические показатели | 2008 год | 2009 год | 2010 год |
|-------------------------------|----------|----------|----------|
| Заболеваемость                | 130,5    | 119,7    | 109,6    |
| Болезненность                 | 204,0    | 170,0    | 167,2    |
| Смертность                    | 31,8     | 30,0     | 22,3     |

За последние годы в Октябрьском районе отмечается стойкое снижение эпидемиологических показателей по туберкулезу. Так, заболеваемость в 2010г. снизилась на 19,1% в сравнении 2008г. и составила 109,6 на 100 тыс. населения. Болезненность в 2010г. снизилась на 22% по сравнению с 2008 и составила 167,2 на 100 тыс. населения. Смертность от туберкулеза в районе в 2010 г. снизилась на 42,6% по сравнению с 2008г. и составляет 22,3 против 31,8 на 100 тыс. населения.

**Таблица 2 - Выявляемость больных туберкулезом**

| Методы выявления туберкулеза         | 2008 год | 2009 год | 2010 год |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|
| Выявлено профосмотрами               | 35,9%    | 35,4%    | 36,7%    |
| Выявлено по обращаемости             | 37,5%    | 50,8%    | 50,2%    |
| Выявлено бактериоскопическим методом | 26,6%    | 13,8%    | 13,1%    |

За последние 2 года снизилось выявление туберкулеза бактериоскопическим методом - с 26,6% в 2008 г. до 13,1% в 2010 году, что, по-видимому, связано со снижением среди впервые выявленных больных - бактериовыделителей с 39,9% в 2008 г. до 28% в 2010г. и деструктивных форм туберкулеза с 47,1% в 2008 г. до 41% в 2010г.

Среди впервые выявленных больных хорошо прослеживается социальный характер туберкулеза, так, 70-80% больных не работали, 4-5% больных страдали алкоголизмом и наркоманией, 5-6% больных были инвалидами по общему состоянию и 4-5% больных составляли лица без определенного места жительства.

**Таблица 3 - Структура клинических форм**

| Клинические формы                   | 2008 год | 2009 год | 2010 год |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|
| Инфильтративный туберкулез легких   | 81,7%    | 85,7%    | 83,1%    |
| Очаговый туберкулез легких          | 5,9%     | 5,1%     | 6,7%     |
| Диссеминированный туберкулез легких | 0,3%     | 2,1%     | 1,4%     |
| Туберкулезный плеврит               | 7,9%     | 5,1%     | 6,2%     |
| Туберкулома легких                  | 1,1%     | 0,8%     | 1,9%     |
| Другие формы                        | 3,1%     | 1,2%     | 0,4%     |

В структуре клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких – 81,7%, 85,7% и 83,1% по годам, соответственно

Результаты лечения больных оценивались по срокам и частоте конверсии мазка мокроты методом микроскопии, по заживлению деструктивных изменений в легких и по исходам заболевания к завершению общего курса химиотерапии.

В результате к концу лечения прекращение бактериовыделения наступило в 2008 году у 87,5%, в 2009 году у 92,0% в 2010 году у 88,5% больных.

Закрытие полостей распада к концу наблюдения достигнуто у 79 (75,9%) из 104 больных в 2008г., у 67 (91,7%) из 73 больных в 2009г. и у 68 (75,9%) из 84 больных в 2010г.

**Таблица 4 - Исходы лечения больных**

| Группы                                      | 2008 год |      | 2009 год |      | 2010 год |      |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|
|   | абс      | %    | абс      | %    | абс      | %    |
| Успех лечения (вылечен и лечение завершено) | 137      | 72,8 | 170      | 78,0 | 149      | 70,2 |
| Неудача лечения                             | 18       | 9,5  | 13       | 6,0  | 13       | 6,1  |
| Нарушение режима                            | 7        | 3,7  | 9        | 4,1  | 5        | 2,3  |
| Переведен                                   | -        | -    | 6        | 2,7  | 5        | 2,3  |
| Переведен в IV категорию                    | 26       | 13,8 | 18       | 8,3  | 32       | 15,0 |
| Умер  | -        | -    | 2        | 0,9  | 8        | 3,7  |
| Всего                                       | 188      | 100  | 218      | 100  | 212      | 100  |

Успех лечения («вылечен» и «лечение завершено») в 2008 году был достигнут у 72,8%, в 2008 году у 78,0% и в 2010 году у 70,2% больных (таблица 4). В целом показатель излечения оказался ниже 85%, исход «неудача лечения» превышают целевой показатель по критериям ВОЗ - 5%. В связи с ростом первичной множественной лекарственной устойчивости отмечается увеличение числа больных, переведенных в IV категорию.

Таким образом, в Октябрьском районе эпидемиологические показатели по туберкулезу, несмотря на стойкое снижение в последние годы, остаются высокими по сравнению с областными и республиканскими показателями, в связи со сложным социальным составом больных. Уменьшение удельного веса бактериовыделителей и деструктивных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных привело к снижению выявления туберкулеза методом бактериоскопии. Уровень конверсии мазка мокроты после лечения оказался высоким. Снижение показателя излечения связано с ростом множественной лекарственной устойчивости и переводом больных в IV категорию.

**Литература**

1. Крофтон С.Д. и др. Клиника туберкулеза. – 2001. – 190 с.
2. Куликова Е.М. Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. – М., 2000. – С. 140-141.
3. Козлова М.К., Жильцова А.В., Пирогова Л.К. и др. //Туберкулез и экология. – 1996. – №4. – С. 27-30.

**ТҰЖЫРЫМ**

Қарағанды қаласының Октябрь ауданында науқастардың ауыр әлеуметтік құрамына байланысты эпидемиологиялық көрсеткіштер соңғы жылдары тұрақты төмендегеніне қарамастан, облыс және республика көрсеткіштерінен жоғары болып қалуда. Алғаш рет анықталған науқастар арасында бактерия бөлушілер мен деструкциялық өзгерістердің азаюы, бактериоскопиялық әдіспен туберкулезді табудың төмендеуіне алып келді. Емнің соңындағы қақырық конверсиясы жоғары болды. Жазылу көрсеткішінің төмен болуы, көп дәріліктің өсуіне және оларды IV санатқа ауыстыруға байланысты болды.

**РЕЗЮМЕ**

В Октябрьском районе г. Караганды, в связи со сложным социальным составом больных эпидемио-

логические показатели по туберкулезу, несмотря на стойкое их в последние годы, остаются высокими по сравнению с областными и республиканскими показателями. Уменьшение удельного веса бактериовыделителей и деструктивных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных привело к снижению выявления туберкулеза методом бактериоскопии. Уровень конверсии мазка мокроты после лечения оказался высоким. Снижение показателя излечения связано с ростом числа случаев с множественной лекарственной устойчивостью и переводом больных в IV категорию.

**SUMMARY**

In Ocityabrjskij rayon of Karaganda, in connection with complicated social compound of patients epidemiological indicators on tuberculosis, despite of the stable decrease for the last years, remains high in comparison with regional and republican indicators. Decrease in percentage of persons with positive sputum smears and in number of destructive forms of pulmonary tuberculosis among firstly revealed TB patients has resulted to decrease TB detection by bacterioscopy method. Conversion of sputum smear after treatment has appeared high. Decrease in an indicator of cure is connected with growth of TB patients with multidrug resistance (MDR) and transfer of patients in category IV.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЗА ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

**Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш., Култасова С.С.,  
Сергазина А.О., Шегелов Д.К.**

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия,  
Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент*

Инфильтративный туберкулез легких - эпидемиологически опасная форма заболевания. В 60% случаев она характеризуется острым началом, ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей деструкции легких. Увеличивается число трансформаций этой формы туберкулеза в фиброзно-кавернозную [1].

Анализ электронной базы данных национального регистра больных туберкулезом Республики Казахстан за 2007г. показывает, что наиболее часто в структуре заболеваемости регистрируется инфильтративный туберкулез легких - 72,1%. Причем в 34% с полостью распада и в 44,6% с наличием бактериовыделения, из которых 28,6% с установленными мультирезистентными формами туберкулеза [2]. Эти контингенты больных являются активным резервуаром туберкулезной инфекции, поддерживают высокий уровень инфицированности населения, повышают вероятность развития у многих здоровых лиц активного туберкулезного процесса [3].

В данной работе поставлена цель - выяснить современные особенности инфильтративного туберкулеза легких, имеющие эпидемиологическое и клиническое значение.

### Материалы и методы

Для решения поставленной цели нами проанализированы данные статистической отчетности по Южно-Казахстанской области за 2005-2010г.г. о первичных больных туберкулезом органов дыхания. Изучены 116 историй болезней лиц данной категории, находившихся на стационарном лечении в областном противотуберкулезном диспансере.

### Результаты и обсуждение

Показатель заболеваемости инфильтративным туберкулезом среди жителей области составлял в 2005г. 49,6, достигнув в 2008г. 60,3 на 100 тыс. населения (рост 17,8%). Последние два года отмечается тенденция к снижению заболеваемости, однако уровень её по-прежнему выше показателя 2005г. (рис.1).

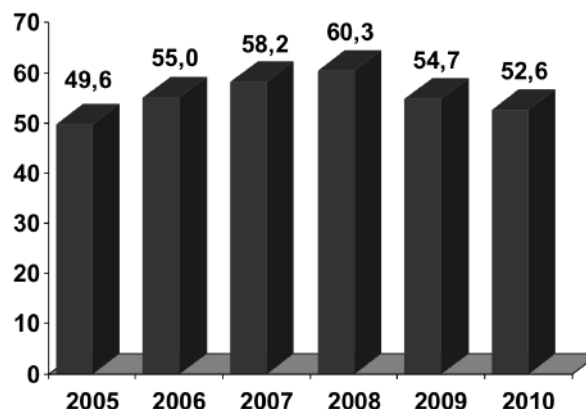


Рис.1 - Динамика заболеваемости (на 100тыс. населения; ось ординат) инфильтративным туберкулезом легких

Несмотря на наметившееся снижение заболеваемости инфильтративной формой специфического процесса в легких, удельный вес пациентов с инфильтративным туберкулезом легких среди впервые выявленных больных резко увеличился с 53,6% в 2005г до 90,2% в 2010г, т.е. за 6 лет этот показатель вырос в 1,7 раза (рис.2).

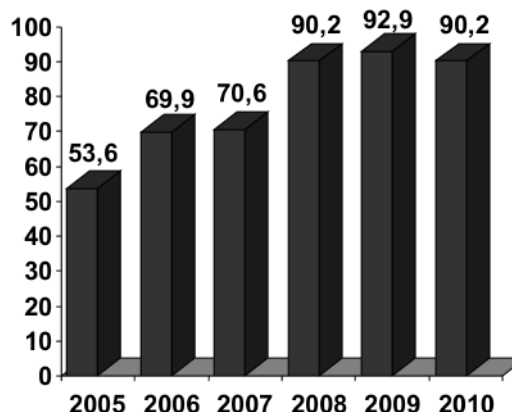


Рис.2 - Динамика удельного веса пациентов (в %) с инфильтративным туберкулезом легких в общей структуре впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания

Удельный вес специфических инфильтратов в легких у впервые заболевших пациентов, с полостью распада, в последние пять лет остается относительно стабильным и колеблется от 46,5 до 54,7% случаев, что свидетельствует о несвоевременном выявлении заболевания и требует расширения контингента лиц, подлежащих флюороосмотрам. Частота больных с бактериовыделением колебалась от 38,7% до 58,4%.

Возрастает количество первичных больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий. В настоящее время удельный вес таких пациентов достиг 27,8%, а у 17,2% случаев туберкулезный процесс локализовался в обоих легких.

Высокий уровень деструкций, бактериовыделения и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди данной категории больных обуславливает не только огромную эпидемиологическую опасность, но и предопределяет низкую эффективность химиотерапии [3]. В 2010г. летальность больных инфильтративным туберкулезом легких составила 14,48%.

Заболеваемость туберкулезом органов дыхания жителей области за 2006-2010г.г. ежегодно снижается. За эти годы заболеваемость в интенсивных показателях сократилась с 94,4 до 73,4, или на 22,3%. Несмотря на это, показатель распространенности инфильтративной формы туберкулеза легких увеличился с 65,3 на 100тыс. населения в 2005г. до 95,9 в 2010г.

Увеличение болезненности данной клинической формой туберкулеза обусловлено не только ростом заболеваемости инфильтративным туберкулезом легких, но и ростом частоты рецидивов туберкулеза. Показатель частоты рецидивов туберкулеза органов дыхания возрос с 27,9 на 100 тыс. населения в 2005г. до 36,5 в 2010г.

Таким образом, эпидемиологические показатели инфильтративного туберкулеза за анализируемый период в области удерживают лидирующие позиции. Динамика эпидемиологических показателей и эпидемически значимых клинических особенностей патоморфоза данной клинической формы туберкулеза в период 2005-2010г.г. характеризуется негативными тенденциями, что требует усиления работы по контролю над туберкулезом.

**Выводы**

1. С целью выявления малых доинфильтративных форм туберкулеза легких необходимо проведение сплошных флюороосмотров населения.

2. Значительное сходство клинико-рентгенологических проявлений инфильтративных процессов с неспецифическими воспалительными заболеваниями легких требует кардинальных мер по улучшению клинической диагностики данной патологии.

3. Изучение эпидемиологических аспектов патоморфоза инфильтративного туберкулеза способствует рациональной организации и проведению противоэпидемических и лечебных мероприятий на соответствующих территориях.

**Литература**

1. Черкасова В.А., Степанов С.А., Бурухина Л.В. и др. //Пробл. туб.-2002.-№11.- С.-39-40.

2. Баймуханова К.Х., Лаврентьева В.И., Маркабаева Т.А. и др. //Фтизиопульмонология.-2007.-№1(10).-С.-8-10.

3. Кумисбаева Б.Т. //Фтизиопульмонология.-2007.-№2(12).-С.-48-49.

**ТҰЖЫРЫМ**

Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша 2005-2010 ж.ж. аралығында өкпенің инфильтративті туберкулезі мен таралу көрсеткіштері берілген. Алғаш анықталғандардың ішінде инфильтративті туберкулезбен ауыратындардың үлестік салмағы осы уақыт ішінде 53,6тен 90,2% дейін өскен, ал таралу көрсеткіші 100 мың адамға шаққанда 65,3-тен 95,9-ға дейін көбейген. Деструкция, бактерия бөлушілік және дәріге тұрақты түрлері бұл санатта науқастарда жоғары деңгейде. Туберкулездің инфильтративті түрінің аурушандығын төмендету және ерте анықтауды жоғарлату мақсатында ұсыныстар берілді.

**РЕЗЮМЕ**

Дана характеристика заболеваемости и распространенности инфильтративного туберкулеза легких в Южно-Казахстанской области за 2005-2010г.г. Удельный вес пациентов с инфильтративным туберкулезом среди впервые выявленных за этот период возрос с 53,6 до 90,2%, а показатель распространенности увеличился с 65,3 на 100 тыс. населения до 95,9. Высокий уровень деструкций, бактериовыделения и лекарственно-устойчивых форм в данной категории больных. Даны рекомендации по снижению заболеваемости и раннему выявлению инфильтративных форм туберкулеза.

**SUMMARY**

The characteristics of the disease and prevalence of infiltrative pulmonary tuberculosis in South Kazakhstan area for 2005-2010 are given. For this period percentage of patients with infiltrative tuberculosis among newly detected has increased from 53,6 to 90,2%, but TB incidence has increased from 65,3 to 95,9 per 100.000 of population. The high level of destructions, cases with positive sputum smear and drug-resistant forms in this category of sick people was marked. The recommendations to reduce TB incidence and early detect the infiltrative forms of tuberculosis are given.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Зинковская Т.Н.*

*Северо-Казахстанский ОПТД, г. Петропавловск*

В настоящее время туберкулез остается одним из самых распространенных заболеваний. Заболеваемость туберкулезом детей и подростков четко отражает распространенность данной инфекции в окружающей среде. Высокие показатели заболеваемости детей и подростков при благополучной динамике других показателей (смертность, распространенность бациллярных форм туберкулеза среди населения) свидетельствуют о нарастании в окружающей среде активно действующих источников экзогенной инфекции.

Целью исследования явилось изучение диагностических возможностей доклинических и клинических методов выявления туберкулеза органов дыхания у подростков на уровне медицинских организаций первичной медико-санитарной помощи.

На этапе первичного врачебного звена (районные и городские поликлиники) используются клинкорентгенологические, лабораторные методы исследования, бактериоскопия мазка мокроты. В условиях специализированного учреждения (областной противотуберкулезный диспансер) производится весь комплекс исследований: общепринятые диагностические параметры, дополнительные рентгеномографические, микробиологические и эндоскопические методы.

Проанализированы истории болезни 163 подростков, находившихся на обследовании и лечении в детском отделении областного противотуберкулезного

диспансера. Полученные данные проанализированы с учетом пола, клинических форм, фазы процесса, бактериовыделения, наличия клинических проявлений заболевания, обстоятельств выявления патологического процесса.

Проведена сравнительная оценка выявления туберкулеза органов дыхания у подростков на доклиническом и клиническом этапах исследования. Результаты указывают на преобладание распространенных и осложненных форм туберкулеза среди девочек - подростков (12,5%) относительно мальчиков (5,0%). Осложненные формы первичного туберкулезного комплекса наблюдали у 3 (37,5%), инфильтративного туберкулеза легких у 6 (11,8%) лиц женского пола, в то время как среди юношей аналогичные формы встречались значительно реже (11,1 и 4,3% соответственно). Наличие бактериовыделения (35,4%) наблюдалось у больных с распространенными туберкулезными процессами органов дыхания с наличием деструктивных изменений (31,3%).

Большая частота осложненных и распространенных форм туберкулеза органов дыхания у девочек - подростков по сравнению с юношами обусловлена проведением систематических профилактических осмотров среди последних как призывников, что позволяет выявить патологический процесс на ранних этапах и снизить удельный вес несвоевременного выявления заболевания среди данной категории населения.

**Таблица 1 – соотношение методов выявления туберкулеза у подростков**

| Клиническая форма                | Самообращение | Флюорография |
|----------------------------------|---------------|--------------|
| ПТК (17)                         | 7 (4,3)       | 10 (6,1)     |
| ТВГЛУ (2)                        | 1 (0,6)       | 1 (0,6)      |
| Очаговый туберкулез (29)         | 3 (1,8)       | 26 (16,0)    |
| Инфильтративный туберкулез (98)  | 61 (37,4)     | 37 (22,7)    |
| Диссеминированный туберкулез (2) | 2 (1,2)       | -            |
| Туберкулезный плеврит (10)       | 10 (6,1)      | -            |
| Туберкулома (3)                  | -             | 3 (1,8)      |
| Казеозная пневмония (2)          | 2 (1,2)       | -            |
| Всего (163)                      | 86 (52,8)     | 77 (47,2)    |

Из 163 подростков при обращении за медицинской помощью было выявлено 86 больных (52,8%), в то время как методом флюорографии – 77 человек (47,2%). Эти данные указывают на низкий процент выявления туберкулеза на доклиническом этапе методом профилактических осмотров здорового контингента.

Выявление туберкулеза происходит преимущественно при обращении за медицинской помощью и указывает на диагностику специфического процесса уже при наличии определенного симптомокомплекса, свидетельствующего о несвоевременной верификации заболевания.

Верификация туберкулеза при обращении за медицинской помощью в большинстве случаев имела место у пациентов с клиническими проявлениями заболевания. В первую очередь, это касается осложненных, распространенных форм инфильтративного туберкулеза (8,7%) и первичного туберкулезного комплекса (23,5%).

Клинические проявления туберкулеза, характерные для подросткового возраста, были разделены на три группы: 1) локальные – легочные проявления – кашель, мокрота, одышка, кровохарканье, боли в грудной клетке; 2) общие – лихорадка, интоксикация, слабость, потливость, похудание; 3) сочетанные – проявление отдельных локальных и общих симптомов.

**Таблица 2 – Частота выявления клинических симптомов у подростков, больных разными формами туберкулеза**

| Клиническая форма                | Без проявлений | Клинические проявления |       |            |
|----------------------------------|----------------|------------------------|-------|------------|
|                                  |                | локальные              | общие | сочетанные |
| ПТК (17)                         | 10 (6,1)       | 2                      | 2     | 3          |
| ТВГЛУ (2)                        | 1 (0,6)        | 1                      | -     | -          |
| Очаговый туберкулез (29)         | 26 (16,0)      | 1                      | 2     | -          |
| Инфильтративный туберкулез (98)  | 37 (22,7)      | 10                     | 14    | 37         |
| Диссеминированный туберкулез (2) | -              | -                      | -     | 2          |
| Туберкулезный плеврит (10)       | -              | 2                      | 3     | 5          |
| Туберкулома (3)                  | 3 (1,8)        | -                      | -     | -          |
| Казеозная пневмония (2)          | -              | -                      | -     | 2          |
| Всего (163)                      | 77 (47,2)      | 16                     | 21    | 49         |

При оценке полученных данных установлено, что у 77 подростков (47,2%) протекал бессимптомно. Это касается ограниченных форм туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (0,6%), очагового (16,0%), инфильтративного (22,7%) и туберкулом (1,8%). Клиническая симптоматика наблюдалась у 86 больных – 52,8%, в том числе локальные проявления были у 16 человек (9,8%), общие у 21 (12,9%) и сочетанные у 49 (30,1%). Симптоматика локальных проявлений была характерна для деструктивных форм туберкулеза, среди которых чаще всего были кашель с мокротой, реже – одышка.

При профилактическом обследовании выявлялись более ограниченные и доброкачественно протекающие формы туберкулеза, чем при обращении с жалобами. Выявление ограниченных и доброкачественных форм туберкулеза сопровождается более высокой эффективностью лечения.

Полученные данные свидетельствуют о низком качестве скрининговых обследований, дефицитом подростковых врачей, рентгенологов, недостаточном уровнем знаний медицинских работников, недостаточной санитарно-просветительной работе.

Для улучшения качества проводимых мероприятий по раннему и своевременному выявлению туберкулеза у подростков необходима преемственность между фтизиатрами и врачами ОЛС, а также повышение уровня знаний врачей общей лечебной сети в вопросах раннего выявления туберкулеза у подростков на основе клинической симптоматики. Вместе с этим

надо повышать информированность населения о туберкулезной инфекции среди подростков.

**Литература**

1. Александрова Е.Н. и др. // Туберкулез и болезни легких.- 2011. - №1.- С. 3–5.
2. Аксенова В.А и др. //Туберкулез и болезни легких.- 2010. - №11.- С. 24–29.
3. Демихова О.В. // Туберкулез и болезни легких.- 2011. - №4. – С.124-125.
4. Абилдаев Т.Ш., Аленова А.Х., Бекембаева Г.С. и др. Организация раннего выявления туберкулеза у детей и подростков в Республике Казахстан: Метод. рекомендации.- Алматы, 2011.- 32 с.

**ТҰЖЫРЫМ**

Жасөспірімдер арасындағы аурушандықтың өсуі, ересек тұрғындар арасындағы туберкулез бойынша қолайсыз эпидемиологиялық ахуал, сонымен қатар туберкулездің клиникалық формасының ауырлауы спецификалық процестің ерте клиникаға дейінгі анықтау әдісі ретінде диагностикалық флюорографияның төмендеуіне әсер етті. Жалпы емдеу желісіне қаралған кезде туберкулезбен сырқат жасөспірімдердің 52,8% анықтау дәрігер кадрларының жетіспеушілігімен (жасөспірімдер дәрігерлері, рентгенолог дәрігерлер), медицина қызметкерлерінің жеткіліксіз білім деңгейлерімен, сонымен қатар туберкулезді ерте анықтау мәселелері бойынша халықтың санитарлық сауаттылығының төмендігімен байланысты.



**РЕЗЮМЕ**

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди взрослого населения, рост заболеваемости среди подростков, а также утяжеление клинических форм туберкулеза повлияли на снижение результативности диагностической флюорографии как метода раннего доклинического выявления специфического процесса. Выявление 52,8% больных туберкулезом подростков при обращении в общую лечебную сеть связано с недостатком врачебных кадров (подростковые врачи, врачи рентгенологи), недостаточным уровнем знаний медицинских работников, а также низкой санитарной грамотностью населения в вопросах раннего выявления туберкулеза.

**SUMMARY**

Unfavorable epidemiological situation on tuberculosis among adult population, increase in cases among adolescents and the heaviness of the clinical forms of tuberculosis influenced on the reduction in effectiveness of diagnostic fluorography as a method of early preclinical detection of a specific process. Detection of 52.8% of patients with tuberculosis treatment in adolescents by primary health care services is due to the lack of medical staff (physicians for adolescents, radiologists), lack of knowledge on TB among health workers, and low health literacy of the population for early detection of tuberculosis.

**АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА И В ДЕКРЕТИРОВАННОМ ВОЗРАСТЕ 6-7 ЛЕТ**

*Копеева Ж.А.*

*ГУ «Противотуберкулёзный диспансер», г. Жезказган*

Как известно, уровень инфицированности детского возраста отражает в целом эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Раннее инфицирование детей указывает на наличие большого резервуара туберкулезной инфекции и о его неблагоприятии, что сохраняет высокий риск заражения и заболеваемости населения [1-4]. Согласно ранее проведенным исследованиям, 10-15% инфицированных детей в течение всей жизни заболевают туберкулезом. Риск заболевания туберкулезом у инфицированных детей в 5-6 раз выше, чем у неинфицированных. По заключению экспертов ВОЗ известно, что проблема туберкулеза будет существенно решена, если инфицированность детей до 14 лет не будет превышать 1% [2]. На современном этапе особенно важное значение имеет вопрос раннего выявления туберкулеза у детей. С этой целью в Республике Казахстан ежегодно проводится планирование

дифференцированной туберкулинодиагностики [3].

Цель исследования - изучение инфицированности детей в г.Жезказган в условиях напряженной эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

**Материалы и методы исследования**

Материалом послужили статистические данные годовых отчетов по туберкулинодиагностике среди детей в г.Жезказган за период 2010-2011 годы.

**Результаты и обсуждение**

Проведена сравнительная оценка результатов планирования и охвата туберкулинодиагностикой детей группы риска и в возрасте 6-7 лет. А также проведен анализ инфицированности детей в данных группах за период 2010-2011 годы.

Нами представляется краткий обзор эпидемиологической ситуации по региону.

**Таблица 1 - Заболеваемость детей туберкулезом по г.Жезказган за период 2010-2011 годы**

| Годы | Детское население | Заболеваемость на 100 000 тыс. населения | Абсолютное число заболевших детей |
|------|-------------------|--|-----------------------------------|
| 2010 | 20254             | 19,7                                     | 4                                 |
| 2011 | 19429             | 20,5                                     | 4                                 |

Согласно таблице 1, заболеваемость туберкулезом среди детей на уровне 4х случаев в 2011 году, против 4х случаев в 2010 году. Но, показатель заболе-

ваемости стал выше за счет уменьшения детского населения в г.Жезказган с 20254 до 19429. Заболеваемость по Карагандинской области-19,8.

**Таблица 2 - План и охват туберкулинодиагностикой детей по г.Жезказган**

| Годы | Детское население | Группа риска |      |      | Возраст 6-7 лет |      |      | Всего |      |      |
|------|-------------------|--------------|------|------|-----------------|------|------|-------|------|------|
|      |                   | План         | Факт | %    | План            | Факт | %    | План  | Факт | %    |
| 2010 | 20254             | 7312         | 6989 | 95,6 | 1235            | 1174 | 95,1 | 8547  | 8163 | 95,5 |
| 2011 | 19429             | 8140         | 8044 | 98,8 | 1266            | 1260 | 99,5 | 9406  | 9304 | 98,9 |

Согласно таблице 2, фактически выполнение туберкулинодиагностики составляет 98,9%. Туберкулинодиагностикой охвачено 9304 детей в 2011 году, что составило 47,9% детского населения в целом, против

40,3% в 2010 году. Удельный вес детей, заболевших туберкулезом, выявленных методом туберкулинодиагностики, составил 75% (3 случая из 4х).

**Таблица 3 - Анализ результатов туберкулиновых проб детей из группы риска.**

| Годы | Всего Манту - положительных детей | Вираз и гиперергическая туберкулиновая проба | Ранее инфицированные | Поствакцинальная аллергия | Туберкулез |
|------|-----------------------------------|--|----------------------|---------------------------|------------|
| 2010 | 944                               | 185 – 19,6%                                  | 606 – 64,2%          | 149 – 15,8%               | 4 – 0,4%   |
| 2011 | 1397                              | 387 – 27,7%                                  | 765 – 54,8%          | 242 – 17,3%               | 3 – 0,2%   |

Из таблицы 3 видно, что выявление туберкулеза среди детей группы риска составил в 2011 году 0,2%, против 0,4% в 2010 году. А первично инфицированные дети дали рост в 2011 году 27,7%, против 19,6% в 2010 году.

**Таблица 4 - Анализ результатов туберкулиновых проб детей в возрасте 6-7 лет**

| Годы | Всего Манту - положительных детей | Вираз и гиперергическая туберкулиновая проба | Ранее инфицированные | Туберкулез |
|------|-----------------------------------|--|----------------------|------------|
| 2010 | 355                               | 215 – 60,6%                                  | 140 – 39,4%          | -          |
| 2011 | 351                               | 236 – 67,2%                                  | 115 – 32,8%          | -          |

Как показано в таблице 4, в данной возрастной группе случаи туберкулеза не выявлены. Отмечается рост первично инфицированных детей в 2011 году - 67,2%, против 60,6% в 2010 году.

**Таблица 5 - Инфицированность детского населения.**

| Годы | Первичная инфицированность | Общая инфицированность |
|------|----------------------------|------------------------|
| 2010 | 4,5                        | 15,9                   |
| 2011 | 6,2                        | 18,8                   |

Согласно таблице 5, отмечается рост как первичной инфицированности, так и общей инфицированности.

**Таблица 6 - Ревакцинация БЦЖ среди детей 6-7 лет**

| Годы | Численность детей в возрасте 6-7 лет | Ревакцировано БЦЖ | Иммунная прослойка |
|------|--------------------------------------|-------------------|--------------------|
| 2010 | 1174                                 | 382               | 32,5               |
| 2011 | 1266                                 | 394               | 31,1               |

Согласно таблице 6, прослеживается снижение иммунной прослойки от 32,5 в 2010 году до 31,1 в 2011 году, тогда как при существующем нормативе иммунная прослойка в данной возрастной группе должна быть 50-70%.

На основании проведенного анализа получены следующие результаты:

1. Отмечается рост как первичной инфицированности, так и общей инфицированности детского населения. Первичная инфицированность в 2011 году составила 6,2, против 4,5 в 2010 году. Общая инфицированность - 18,8 в 2011 году, против 15,9 в 2010 году.

2. О высокой инфицированности детского населения свидетельствует и низкая иммунная прослойка 31,1 в 2011 году, против 32,5 в 2010 году, при существующем стандарте иммунной прослойки данной возрастной группы 50-70%.

3. Отмечается рост виража и гиперергических туберкулиновых проб как среди детей из группы риска в 2011 году - 387 (27,7%), против 185 (19,6%) в 2010 году, так и среди детей в возрасте 6-7 лет в 2011 году - 236 (67,2%), против 215 (60,6%) в 2010 году.

4. Удалось стабилизировать заболеваемость среди детей на уровне 4х случаев в 2011 году, против 4х случаев в 2010 году.

5. Методом туберкулиновой диагностики выявлено 75% всех новых случаев туберкулеза среди детей (3 случая из 4х).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ эффективности туберкулинодиагностики по группам риска и детей декретированного возраста 6-7 лет за период 2010-2011 годы. Статистические данные годовых отчетов за 2010-2011 годы.

2. УЗКО Ежеквартальный информационный ста-

тистический бюллетень «Туберкулез» Выпуск 4 (4 квартал 2011 год)

3. Бекембаева Г.С., Серикбаева К.С., Кастыкпаева Л.В. и др. //Фтизиопульмонология.- 2009.- №1(15).- С. 13-18.

4. Овсянкина Е.С. //Пробл. туб.- 2009 .- №1.- С.34-36.

### ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста 2010-2011 жылдар аралығындағы Жезқазған қаласында БЦЖ сынамасын қайталап егу алдында 6-7 жастағы балаларға, және туберкулез бойынша қауіпті топтағы балаларға туберкулинодиагностикасын тексерудегі туберкулиннің сезімталдығын зерттеулері келтірілген. Балаларда туберкулезді анықтаудың негізгі әдісі туберкулинодиагностика болып табылады. Балалардың ортасындағы жоғары инфекциялануы туберкулездің үлкен резервуарына және оның әлеуметтік жағдайына көрсетеді, сондықтан көтеріңкі жұқтыру қауіпі және науқастанушылық адамдардың, балалардың ортасында сақталады. Бастапқы кезеңіндегі туберкулезді уақытында анықтау үшін қауіпті топтағы балаларға туберкулинодиагностика жоспарлануына дифференциалды келу керек.

### РЕЗЮМЕ

В работе представлен анализ туберкулинодиагностики среди детей группы риска и в декретированном возрасте 6-7 лет перед проведением ревакцинации

БЦЖ за период 2010-2011 годы по г.Жезказган. Основным методом выявления туберкулеза у детей остается по-прежнему туберкулинодиагностика, проведение которой позволяет своевременно выявить случаи заболевания туберкулезом. Высокая инфицированность детского населения свидетельствует о большом резервуаре туберкулезной инфекции и о его неблагополучии, что сохраняет повышенный риск заражения и заболеваемости населения, в том числе и детей. Необходимо дифференцированно подходить к планированию туберкулинодиагностики среди детей из группы риска, для целенаправленного выявления инфицированных детей и малых форм туберкулеза.

### SUMMARY

In this work analysis of tuberculin diagnostics results among risk group of children and in the group of mandatory ages from 6 to 7 years before BCG re-vaccination in Zhezkazgan during period 2010-2011 is presented. Tuberculin diagnostics remains the main method as early which allows to timely find out the cases with TB disease. High TB infection rate among children is of evidence of presence of the large pool of TB infection and unfavorable situation with TB among children population. That is the higher risk of TB infecting and TB disease development among population including children. It is necessary to use the planning differentially the tuberculin diagnostics for children from risk groups to detect specially the children with TB infection and those with small TB forms.

## АНАЛИЗ КУЛЬТУРАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕСТА НА ЛЕКАРСТВЕННУЮ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ M. TUBERCULOSIS ПО ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009-2011г.г.

*Сапарбаева Н.С.*

*Областной противотуберкулезный диспансер, Жамбылская область*

Лабораторная служба является неотъемлемой частью Национальной противотуберкулезной программы и играет ключевую роль в диагностике и мониторинге лечения туберкулеза.

Культуральные исследования мокроты важны для диагностики туберкулеза, но получение результата требует длительного времени (от нескольких недель до месяцев). Поэтому положительный результат посева при отрицательных результатах микроскопии мазка мокроты

является свидетельством наличия у больного активного туберкулеза и служит подтверждением диагноза. Посев также применяется для подтверждения диагноза «туберкулез» в случае внелегочного туберкулеза и для определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза.

Для выращивания микобактерий вот уже несколько десятков лет используется яичная питательная среда Левенштейна-Йенсена. В настоящее время широко

применяется аппарат ВАСТЕС MGIT-960 – полностью автоматизированная система для роста, детекции и тестирования на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза, в основе которой - индикаторные пробирки для выращивания микобактерий, обеспечивающие быстрые, точные и надежные результаты тестов. Содержимое пробирки - питательный бульон, благодаря которому достигается более эффективное выделение микобактерий и их ускоренный рост в условиях благоприятного постоянного температурного режима.

В нашей бактериологической лаборатории культуральные исследования проводятся двумя методами:

1. Посевы на яичную твердую среду Левенштейна-Йенсена, твердая технология, является «золотым стандартом».

2. Посевы на жидкую среду Мидлбука 7Н9, в про-

бирки заводского изготовления, содержащие 7 мл. питательного бульона на аппарате.

В нашей области с 2009 года исследуются посевы на жидкие среды на аппарате ВАСТЕС MGIT-960.

Преимущества новой технологии:

1. На жидкой среде растут еще 5% туберкулезных колоний, которые нежизнеспособны в твердой среде.

2. Сокращение времени исследования - в течение месяца можно получить посев, ТЛЧ к препаратам 1 и 2 ряда, что помогает врачам-фтизиатрам в назначении адекватного и своевременного лечения больных МЛУ ТБ.

3. Показатель высеваемости выше на 10-20%, чем при посеве на среды Левенштейна-Йенсена.

4. Тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) также можно определять с чистой культурой, выросшей на среде Левенштейна-Йенсена.

**Таблица 1 - Количество посевов и ТЛЧ за 3 года по Жамбылской области**

| Годы            | 2009  |      | 2010  |      | 2011   |      |
|-----------------|-------|------|-------|------|--------|------|
|                 | Абс.ч | %    | Абс.ч | %    | Абс.ч. | %    |
| Посевы          | 441   | 100  | 861   | 100  | 1636   | 100  |
| Полож.пос       | 76    | 17,2 | 287   | 33,3 | 773    | 47,2 |
| Отриц.пос.      | 284   | 64,3 | 378   | 44,0 | 723    | 44,2 |
| Проросты        | 81    | 18,3 | 196   | 22,7 | 140    | 8,5  |
| ТЛЧ к ППР       | 52    | 11,8 | 131   | 45,6 | 741    | 45,3 |
| Из них проросты | 20    | 38,5 | 22    | 16,8 | 37     | 4,9  |
| ТЛЧ к ПВР*      | 86    | -    | 8     | -    | 205    | -    |
| Из них проросты | 36    | 42,0 | 3     | 37,5 | 17     | 8,2  |

\*Примечание: - ТЛЧ к ПВР, кроме жидких сред, суспензия приготовлена из чистой культуры Левенштейна-Йенсена.

Из таблицы видно, что первые два года нагрузка была небольшая, положительные посевы - всего 17,2-33,3%, отрицательные 64,3 – 44,0%, проросты превышают норму 19-22% (в норме 8-10%).

После дополнительного обучения в 2010 году,

благодаря контролю за сбором мокроты, четкому выполнению шагов процесса посева на аппарате улучшилась эффективность этого метода, это видно в таблице исследований за 2011 год. Положительные посевы - 47,2%, отрицательные - 44,2%, проросты - 8,5%.

**Таблица 2 - Результаты посевов за 9 месяцев 2011года в разрезе районов**

| Районы      | Всего посев. | Из них |      |          |      |          |      | ТЛЧ (ППРи ПВР) |      |
|-------------|--------------|--------|------|----------|------|----------|------|----------------|------|
|             |              | МБТ+   | %    | проросты | %    | отрицат. | %    | всего          | %    |
| Тараз       | 687          | 426    | 62,0 | 61       | 9,2  | 197      | 29,8 | 508*           | 76,9 |
| Байзакский  | 73           | 16     | 21,9 | 17       | 23,2 | 40       | 54,7 | 28             | 38,3 |
| Жамбылский  | 49           | 10     | 20,0 | 4        | 8,1  | 35       | 71,4 | 12             | 24,4 |
| Жуальнский  | 107          | 19     | 17,7 | 7        | 6,5  | 81       | 75,7 | 18             | 16,8 |
| Кордайский  | 99           | 26     | 26,3 | 13       | 13,3 | 60       | 60,6 | 44             | 44,4 |
| Меркенский  | 78           | 44     | 56,4 | 6        | 7,6  | 18       | 23,0 | 48             | 61,5 |
| Мойнкумский | -            | -      | -    | -        | -    | -        | -    | -              | -    |
| Т.Рыскулова | 55           | 28     | 50,9 | 3        | 5,4  | 24       | 43,6 | 30             | 54,5 |
| Таласский   | 10           | 8      | 80,0 | -        | -    | 2        | 20,0 | 9              | 90,0 |
| Сарысуский  | 62           | 28     | 45,2 | 4        | 6,4  | 30       | 48,3 | 33             | 53,2 |

|       |      |     |      |     |      |     |      |     |      |
|-------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Шу    | 122  | 73  | 59,8 | 10  | 8,1  | 39  | 31,9 | 86  | 70,5 |
| ОПТДБ | 79   | 22  | 27,8 | 5   | 6,3  | 52  | 65,8 | 33  | 41,7 |
| ОПНД  | 9    | 2   | 22,2 | 5   | 55,5 | 2   | 22,2 | 2   | 22,2 |
| Всего | 1430 | 702 | 49,1 | 135 | 9,6  | 580 | 41,3 | 851 | 60,6 |

\*Примечание: \*ТЛЧ к ПВР, кроме жидких сред, суспензию готовили из чистой культуры на среде Левенштейна-Йенсена.

Из таблицы видно, что, несмотря на обучение и подготовку персонала по сбору мокроты, проросты в некоторых районах высокие. Причиной могла быть поздняя транспортировка патологического материала в лабораторию ОПТД. Высокий процент проростов от больных туберкулезного отделения (60%) психоневрологического диспансера, несмотря на ежедневную доставку, объясняется сложностью сбора мокроты у данного контингента: она с остатками пищи. Следует отметить, что в ОПТД г. Тараз за 2011 год высеваемость и проросты соответствуют требованиям (62,0% и 9,2%).

По районам: г. Тараз, Шускому, Меркенскому, Сарысускому и району им. Т. Рыскулова показатели соответствуют требованиям. Низкие показатели по Байзакскому, Жамбылскому, Жулынскому и Кордайскому районам. В противотуберкулезных стационарах Таласского и Мойынкумского районов, где находятся хронические больные, высеваемость - 80%, проростов нет.

На BACTEC MGIT-960 принимаются все патологические материалы, кроме крови и мочи, так как последние материалы имеют низкую диагностическую ценность, тем более NALK (Микопреп – это реагент для разжижения мокроты) теряет свойства в присутствии компонентов крови. (Руководство по работе с системой BACTEC MGIT-960).

Для бесперебойной работы BACTEC MGIT-960 необходимо обязательное создание следующих условий: отдельное помещение с температурой 15-25 градусов, одновременная подача электропитания на 3 секции, ежедневный контроль температурного и светового режима, реакция на звуковой сигнал, регулярная замена фильтров.

#### Выводы:

1) Соблюдение всех правил предпосевной подготовки, тщательный уход за аппаратом и BACTEC MGIT-960.

2) Сроки получения результатов посева на МТ традиционным методом по области в среднем за 3 года составили 2 мес., а на BACTEC MGIT-960 7-15 дней.

3) Сроки получения результата ТЛЧ на твердой среде - 28 дней, BACTEC MGIT-960 7-15 дней.

4) Ускоренный метод требует больших затрат (реактивы, расходный материал, кондиционер, обучение кадров, техническое обслуживание, транспортировка мокроты из районов).

5) В связи с сокращением сроков определения ТЛЧ повышается эффективность лечения и снижается риск распространения МЛУ ТБ.

#### ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2009-2019 жылдарға арналған Жамбыл облыстық туберкулезге қарсы диспансерінде туберкулездің дәріге төзімді түрін жедел анықтау үшін BACTEC MGIT-960 аппараты арқылы (2011 жылы себінді нәтижесі - 47,2%, теріс нәтижесі 44,2%, өскіннің нәтижесі - 8,5%) көрсеткен және облыс аудандарында кейбір зертханалық жұмыстардың жетіспеушілігі байқалады. BACTEC әдісімен жұмыс кезінде өскіннен аман болу үшін жұмыс әдісін мұқият сақтау қажет.

#### РЕЗЮМЕ

Даны результаты применения аппарата BACTEC MGIT-960 за 2009-2019г.г. для ускоренной диагностики устойчивых форм туберкулеза в Жамбылском Областном противотуберкулезном диспансере, анализ достижений (Положительные посева - 47,2%, отрицательные - 44,2%, проросты - 8,5% в 2011г.) и допускаемых недостатков в работе лабораторий различных районов области. Подчеркивается необходимость тщательного соблюдения методики работы на BACTEC во избежание проростов.

#### SUMMARY

Results of implementation of BACTEC MGIT-960 for rapid diagnostics of drug resistant TB forms at Zhambyl oblast' TB Dispensary are given, analysis of advances and defects has been conducted (positive culture in 47.2%, negative ones in 44.2%, contamination in 8.5%) in the laboratories of different rayons of the oblast. Necessity of strict compliance to the requirements of protocol when BACTEC implemented to avoid the contamination is underlined.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ТУРКСИБСКОМ РАЙОНЕ ГОРОДА АЛМАТЫ

**Ауэзова С.Н.**

*Турксибский районный противотуберкулезный диспансер, г. Алматы*

Сравнительные данные 2010г. свидетельствуют о снижении показателя заболеваемости туберкулезом по республике на 9,5%, который составлял в 2009г. 95,3 против 105,3 на 100 тыс. населения. Снижение показателя отмечается во всех областях. В городе Алматы, по итогам последних лет, произошло снижение показателя заболеваемости туберкулезом с 75,4 на 100 тысяч населения в 2009 году до 70,1 в 2010 году.

Целью настоящей работы явилось изучение контингента больных в Турксибском противотуберкулезном диспансере города Алматы. Для этого был проведен анализ контингента больных и исходы лечения.

Обслуживаемое население диспансера в Турксибском районе насчитывает 186 500 человек, в том числе подростков - 9464 и детей - 49 875 человек. Районный противотуберкулезный диспансер обслуживает также часть Жетысуского района – 29 993. Общее количество обслуживаемого населения по диспансеру – 223 043 человек.

Общая лечебная сеть, курируемая Турксибским РПТД: городские поликлиники №№ 5, 9, 11, 13, 19, 20, 21, детские поликлиники №№ 1, 4, 6, 20, 13.

За 2011 год впервые взято на учет 163 (160 в 2010г.) активных больных, из них с туберкулезом органов дыхания взрослых и подростков - 145, с внелегочным туберкулезом – 18 (13 в 2010г), в том числе 5 детей.

В общем числе впервые взятых на учет больных активным туберкулезом органов дыхания удельный вес бациллярных больных составил в 2011 году 33,1% (48 лиц), в 2010 году - 39,4% (58 лиц).

Удельный вес деструктивных форм из числа впервые взятых на учет больных активным туберкулезом органов дыхания в 2011 году составил 20,6% (30 лиц), в 2010г - 27,8% (41 лицо).

Нами проведен анализ впервые леченных и повторных случаев туберкулеза за период с 2008 по 2010 год.

**Таблица - Исходы лечения больных туберкулезом легких с 2008 по 2010 годы**

| Исходы лечения<br>больных ТБ легких | 2008     |          | 2009     |          | 2010     |          | Всего больных |          |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------------|----------|
|                                     | НС n-79  | Р n-27   | НС n-61  | Р n-23   | НС n-58  | Р n-41   | НС n-198      | Р n-91   |
| Вылечен                             | 47 59,5% | 8 29,6%  | 31 50,8% | 10 43,5% | 37 63,8% | 11 26,8% | 115 58,1%     | 29 31,9% |
| Лечение завершено                   | -        | -        | -        | -        | -        | -        | -             | -        |
| Неблагоприятный<br>исход            | 6 7,6%   | 1 3,7%   | 4 6,5%   | 0        | 1 1,7%   | 0        | 11 5,5%       | 1 1,1%   |
| Умер                                | 5 6,3%   | 3 11,1%  | 0        | 1 4,3%   | 2 3,4%   | 5 12,2%  | 7 3,5%        | 9 9,9%   |
| Переведен                           | 4 5,1%   | 1 3,7%   | 1 1,6%   | 1 4,3%   | 0        | 2 4,9%   | 5 2,5%        | 4 4,4%   |
| Переведен в кат IV                  | 16 20,2% | 12 44,4% | 22 36,1% | 8 37,8%  | 16 27,6% | 20 48,8% | 54 27,3%      | 40 43,9% |
| Нарушение режима                    | 1 1,3%   | 2 7,4%   | 3 4,9%   | 3 11,1%  | 2 3,4%   | 3 7,3%   | 6 3,03%       | 8 8,8%   |

Эффективность лечения в 2008 году среди новых случаев туберкулеза низкая и составила 59,5%, так как высок удельный вес больных МЛУ ТБ (20,2%) и нарушителей режима (1,3%). С исходом «неудача лечения» зарегистрировано 6 случаев (7,6%), которые в последующем продолжили лечение, после перерегистрации. У больных с рецидивами заболевания отмечены также низкие показатели эффективности лечения: в 2008 году она составила 29,6%, в том числе с МЛУ ТБ (12 случаев) - 44,4%, которые в дальнейшем продолжили лечение препаратами второго ряда.

В результате проводимых работ с повышением приверженности к лечению в 2010 году эффективность лечения достигла 63,8% (в 2009 году - 50,8%) среди новых случаев, а среди рецидивов (11 случаев) – 26,8% (2009 - 43,5%). Но при этом остается высоким удельный вес больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза - 48,8% (20 случаев) в 2010 году.

От общего числа взятых на лечение в 49,1% случаев статус больных был следующим: в 7,7 % случаев употребляют инъекционные наркотики (11 чел.), в 20,4% страдают алкоголизмом (29 чел.), по 12,7% -

лица из мест заключения и ВИЧ - инфицированные (по 13 чел.) в 19,0% - БОМЖи (27 чел), в 43,6% - малоимущие (62 чел.).

Всего на диспансерном учете в контингенте состоит 42 больных ВИЧ/ТБ, в том числе 20 из них наблюдается во 2 группе диспансерного учета.

Таким образом, анализ результатов оценки эффективности лечения больных за 2008-2010 годы показал следующее:

1. В 49,1% случаев среди впервые выявленных больных туберкулезом и рецидивами в контингенте представляют социальнеблагополучные слои населения.

2. Эффективность лечения в этом контингенте составила 58,1% из-за высокого удельного веса больных МЛУ ТБ (в 27,3%), рецидивов заболевания (48,8%), и нарушителей режима (7,3%).

### ТҮЖЫРЫМ

Бұл мақалада Алматы қаласы Турксиб ауданында 2008-2010 жж аралығында өкпе туберкулезімен ауыратын 289 науқастың емдеу нәтижелері көрсетілген. Жазылып шыққаны 2008 ж. 58,1% - 59,5% 2009 ж. 50,8%, 2010 ж. 63,8% пайызды құрады. Алынған талдаудың

нәтижелерінде төмен емдеу тиімділігінің төменгі себебі әлеуметтік тұрмысы төмен КДТТБ жағдайларының үлестік салмағының жоғары болуынан.

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких и рецидивов за период с 2008 по 2010 год в Турксибском районе города Алматы. Показатели излечения новых случаев туберкулеза в среднем составили 58,1%: 59,5% в 2008г., 50,8% в – в 2009 г. и 63,8% - в 2010г. Причинами низкой эффективности лечения, как показал анализ, являются: высокий удельный вес случаев МЛУ ТБ, социальнеблагополучных лиц.

### SUMMARY

The outcomes of treatment of 289 cases of pulmonary tuberculosis in Turksibsky district of Almaty city from 2008 to 2010 are presented in this paper. Indicators of treatment of new cases of tuberculosis have made 58, 1% - 59, 5 % (2008), 50, 8 % (2009) and 63, 8 % (2010) accordingly. The results are of evidence of the low efficiency of treatment because of high percentage of patients with MDR TB.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЛУ ТБ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2008 ГОДЫ

**Аблазим А. А.**

*Кызылординский областной противотуберкулезный диспансер*

По данным Кызылординского областного противотуберкулезного диспансера, с 2003 по 2008 годы отмечается непрерывный рост мультирезистентного туберкулеза среди первичных больных с 20,7% до 23,5%. Незначительное снижение отмечается среди повторных больных: с 52,6% до 42,4% (рис 1, 2).

В этом случае значительно снижается эффективность химиотерапии больных туберкулезом, что в итоге обуславливает формирование качественно нового резервуара инфекции.

В целях дальнейшего улучшения качества и окончательных результатов лечения в режиме DOTS-Plus проанализированы исходы у больных, взятых на лечение на базе Кызылординского областного противотуберкулезного диспансера за 2006 – 2008 годы.

Ниже на рисунках 1, 2 приводятся данные по частоте МЛУ ТБ среди новых и повторных случаев туберкулеза за 2006-2008 годы по региону.

**Таблица 1 - Больные, зарегистрированные с мультирезистентной формой туберкулеза за 2006-2008 годы**

| Годы | Больные, зарегистрированные по IV категории |                                     |      |  |      |
|------|---|-------------------------------------|------|--|------|
|      | Всего                                       | Подтвержденные лабораторным методом |      | Зарегистрированные с подозрением на МЛУ ТБ |      |
|      |   | абс                                 | %    | абс  | %    |
| 2006 | 255   | 165                                 | 64,7 | 90   | 35,3 |
| 2007 | 371   | 267                                 | 71,9 | 104  | 28,1 |
| 2008 | 390   | 346                                 | 88,7 | 44   | 11,3 |

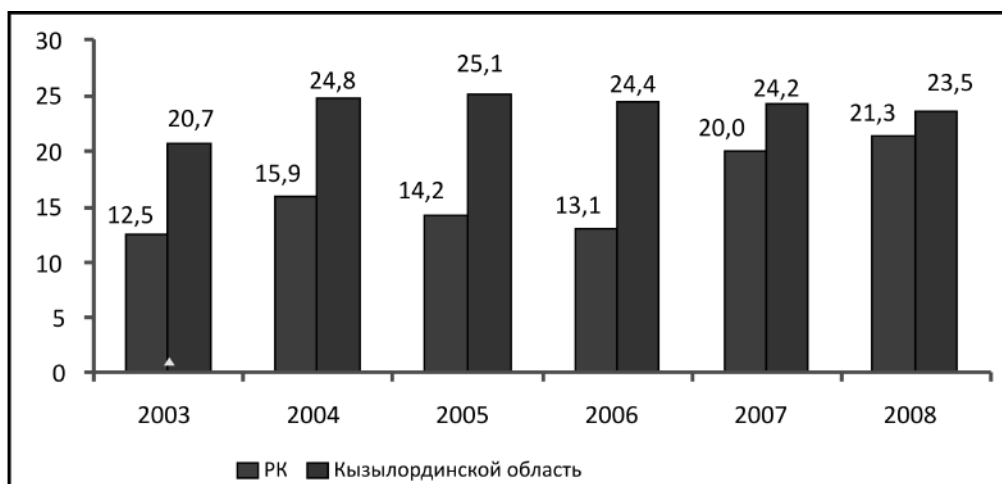


Рис. 1. Частота мультирезистентного ТБ среди новых случаев

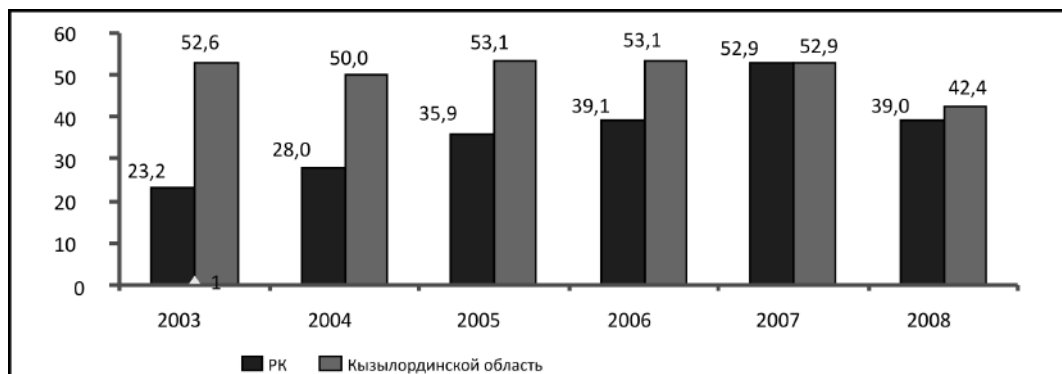


Рис. 2. Частота мультирезистентного ТБ среди повторных больных

В 2006 году зарегистрировано 255 больных, из них подтвержденные лабораторным методом – 165 (64,7%), с подозрением на МЛУ ТБ, т.е. с клинико – рентгенологической резистентностью – 90 (35,3%)

В 2007 году зарегистрировано 371 больных, из них подтвержденных лабораторным методом – 267 (71,9%), с подозрением на МЛУ ТБ – 104 (28,1%)

В 2008 году зарегистрировано 390 больных, из них подтвержденных лабораторным методом – 346 (88,7%), с подозрением на МЛУ ТБ – 44 (11,3%). По данным регистрации можно сделать вывод об улучшении качества сбора мокроты и качества исследования.

На рисунке 3 представлены данные динамики выявления МЛУ ТБ за указанный период по региону.

По динамике МЛУ ТБ в области за 2006-2008 годы можно отметить улучшение качества лабораторных показателей. Число случаев, подтвержденных лабораторным методом, выросло с 64,7% до 88,7%. Кроме того, снижается количество зарегистрированных с подозрением на МЛУ ТБ.

Возраст зарегистрированных больных имел огромный размах: дети 0 до 14 лет, подростки 15 до 17 лет и взрослые пациенты от 18 до 65 лет и старше (табл. 2).

Если удельный вес детей, зарегистрированных с МЛУ ТБ в 2006 году – 4 (1,6%), в 2007 году – 7 (1,9%), в 2008 году – 6 (1,5%) показывал относительно стабильные цифры, то этот показатель у подростков сравнительно вырос в 1,5 раза. В 2006 году – 10 (3,9%), в 2007 году – 10 (2,7%), то в 2008 году – 23 (5,9%).



Рис. 3. Динамика МЛУ ТБ в Кызылординской области



Таблица 2 - Распределение больных МЛУ ТБ по возрастам

| Дети 0-14 лет |     | Подростки 15-17 лет |     | Взрослые  |           |           |           |           |           |               |                |      |
|---------------|-----|---------------------|-----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------------|------|
| абс           | %   | абс                 | %   | 18-24 лет | 25-34 лет | 35-44 лет | 45-49 лет | 50-54 лет | 55-64 лет | 65 лет и выше | Взрослые всего |      |
|               |     |                     |     |           |           |           |           |           |           |               | абс            | %    |
| 4             | 1,5 | 10                  | 3,9 | 13,0      | 27,0      | 22,3      | 6,6       | 6,6       | 11,0      | 7,8           | 241            | 94,5 |
| 7             | 1,8 | 10                  | 2,7 | 16,2      | 21,0      | 24,8      | 10,0      | 5,4       | 11,8      | 6,2           | 354            | 95,4 |
| 6             | 1,5 | 23                  | 5,9 | 19,0      | 30,0      | 19,4      | 8,0       | 3,0       | 7,4       | 5,6           | 361            | 92,6 |

Таблица 3 - Распределение по типу регистрации больных, зарегистрированных с МЛУ ТБ в 2006-2008 годах

| Годы | Общее количество больных | Новые случаи |       |       | Повторные больные |       |       | Нарушители режима |       |       | Неблагоприятные исходы |       |                              | Хрониче-ские |
|------|--------------------------|--------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------------------|-------|-------|------------------------|-------|------------------------------|--------------|
|      |                          | Всего %      | МБТ + | МБТ - | Всего %           | МБТ + | МБТ - | Всего %           | МБТ + | МБТ - | Всего %                | МБТ + | С клинико-рентген ухудшением |              |
| 2006 | 255                      | 14,5         | 75,6  | 24,3  | 65,3              | 45,4  | 54,6  | 9,4               | 87,5  | 12,5  | 13,4                   | 85,3  | 14,7                         | 7,4          |
| 2007 | 371                      | 14,6         | 70,3  | 29,7  | 55,7              | 64,2  | 35,8  | 11,3              | 78,5  | 21,5  | 12,7                   | 96,0  | 4,0                          | 5,7          |
| 2008 | 390                      | 25,3         | 55,5  | 44,5  | 49,4              | 78,6  | 21,4  | 7,1               | 90,0  | 10,0  | 12,3                   | 95,8  | 4,2                          | 5,9          |

Среди взрослых возрастной показатель относительно стабильный: в 2006 году – 241 (94,5%), в 2007 году – 354 (95,4%), в 2008 году – 361 (92,6%).

В эпидемиологическом отношении важное значение имеет более молодой возраст больных, когда пациенты ведут наиболее активный образ жизни. Они учатся и работают, имеют возможность тесно общаться со сверстниками, а более взрослые пациенты находятся в тесном контакте с семьей, малолетними детьми.

В возрасте от 18 до 34 лет в 2006 году зарегистрировано 102 (40%), в 2007 году – 138 (37,2%), в 2008 году – 191 (49,0%) больных. Удельный вес больных от 18 до 54 лет составил в 2006 году 193 (75,6%), в 2007 году – 287 (77,3%), в 2008 году – 310 (80,0%).

Из всех взятых на учет по журналу регистрации ТБ11 новые случаи составили: в 2006 году – 37 (14,5%), с положительным анализом мокроты на МБТ – 28 (75,6%), с отрицательными анализами – 9 (24,3%); в 2007 году – 54 (14,6%), соответственно с МБТ(+) – 38 (70,3%), с МБТ(-) – 16 (29,7%); в 2008 году – 99 (25,3%), соответственно с МБТ (+) – 55 (55,5%), с МБТ (-) – 44 (44,5%).

Повторные случаи туберкулеза: в 2006 году – 218 (85,5%); в 2007 году – 317 (85,4%), в 2008 году – 291 (74,7%).

На долю рецидивов приходилось: в 2006 году 141 (65,3%), из них с МБТ (+) – 64 (45,3%); с МБТ (-) – 77 (54,7%); в 2007 г. 207 (55,7%), из них с МБТ(+) – 133 (64,3%), с МБТ(-) – 74 (35,7%); в 2008 году 192 (49,4%), из них с МБТ (+) – 151 (78,6%), с МБТ (-) – 41 (21,4%).

Число нарушителей режима составило: в 2006 году – 24 (9,4%), из них с МБТ (+) – 21 (87,5%), с МБТ (-) – 3 (12,5%); в 2007 году – 42 (11,3%), из них с МБТ

(+) – 33 (78,5%), с МБТ (-) – 9 (21,4%); значительное снижение числа повторных больных с нарушением режима отмечается в 2008 году – 28 (7,1%), из них с МБТ (+) – 25 (90,0%), с МБТ (-) – 3 (10,0%).

Неблагоприятные исходы, зарегистрированных в 2006 году – 34 (13,4%), в 2007 году – 47 (12,7%), в 2008 году – 48 (12,3%). А с хронической фиброзно-кавернозной формой туберкулеза зарегистрировано в 2006 году 19 (7,4%); в 2007 году – 21 (5,7%); в 2008 году – 23 (5,9%) больных.

Назначение препаратов второго ряда решалось на заседании МЛУ ЦВКК. Как показал анализ, охват лечением ПВР больных МЛУ ТБ по Кызылординской области составил: в 2006г. – 166 (65,1 %); в 2007г. - 121 (32,6%); в 2008г.- 58 (40,5 %).

Охват лечением больных из различных категорий представлен ниже. Так, в 2006г: из I категории – 44 (26,5%); из II - категории – 107 (64,4%); из хронических больных - 15 (9,0%). В 2007г: из I - категории – 33 (27,3%); из II - категории – 76 (62,8%); из хронических больных - 12 (10,0%). И в 2008 г: из I категории – 44 (27,8%); из II категории – 107 (67,7%); из хронических больных - 7 (4,4%).

Обеспечены лечением в режиме DOTS-Plus (препаратами второго ряда) в 2006 году 166 больных, из них впервые выявленные - 44 (26,5%), повторные больные – 122 (73,5%), в 2007 году – 121, из них впервые выявленные – 33 (27,3%), повторные больные – 88 (72,7%), в 2008 году – 158, из них впервые выявленные – 44 (27,8%), повторные больные – 114 (72,2%).

Остальные больные, имеющие положительную клинико-рентгенологическую, лабораторную динамику продолжали лечение препаратами первого ряда.

**Таблица 4 - Эффективность лечения вновь выявленных больных, пролеченных в режиме DOTS-Plus за 2006-2008 годы**

| Тип          | Годы | Пролеченные в режиме DOTS-Plus | Вылечены | ЗЛ   | НИ  | ПЛ  | Умерли | П   | Эффективность |
|--------------|------|--------------------------------|----------|------|-----|-----|--------|-----|---------------|
|              |      |                                | %        | %    | %   | %   | %      | %   | %             |
| Новый случай | 2006 | 44                             | 70,4     | 20,5 | 0,0 | 6,8 | 0,0    | 2,3 | 90,9          |
|              | 2007 | 33                             | 51,5     | 39,4 | 0,0 | 9,1 | 0,0    | 0,0 | 90,9          |
|              | 2008 | 44                             | 59,1     | 27,1 | 2,3 | 4,6 | 2,3    | 4,6 | 86,4          |

Исходы лечения у вновь выявленных больных представлены в таблице 4. Общая эффективность больных, пролеченных в режиме DOTS-Plus в 2006

году, составила 90,9%, в 2007 году – 90,9% и в 2008 году – 86,4%.

**Таблица 5 - Эффективность лечения больных с рецидивами, пролеченных в режиме DOTS-Plus за 2006-2008 годы**

| Тип     | Годы | Пролечены в режиме DOTS+ | Вылечены | Лечение завершили | Неблагоприятные исходы | Прервали лечение | Умерли | Переведены | Эффективность лечения |
|---------|------|--------------------------|----------|-------------------|------------------------|------------------|--------|------------|-----------------------|
|         |      |                          | %        | %                 | %                      | %                | %      | %          | %                     |
| Рецидив | 2006 | 48                       | 75,0     | 10,4              | 8,3                    | 2,1              | 4,2    | 0,0        | 86,3                  |
|         | 2007 | 28                       | 60,7     | 17,9              | 7,1                    | 14,3             | 0,0    | 0,0        | 78,6                  |
|         | 2008 | 48                       | 62,5     | 22,9              | 12,5                   | 0,0              | 2,1    | 0,0        | 85,4                  |

Среди рецидивов эффективность лечения от 86,3% в 2006 году до 85,4% в 2008 году.

Отмечается особенно низкая эффективность у

нарушителей режима лечения в прошлом. Эта цифра колеблется от 42,9% в 2006 году до 66,6% в 2008 году.

**Таблица 6 - Лабораторные показатели больных, получивших ПВР в процессе всего периода лечения**

| Тип больного           | Годы | Всего больных, получивших ПВР | Из них бактерио-выделители | Конверсия мокроты через 6 месяцев |                            |
|------------------------|------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
|                        |      |                               |                            | Микроскопическим методом          | Микробиологическим методом |
|                        |      |                               |                            | %                                 | %                          |
| Новый случай           | 2006 | 44                            | 70,5                       | 87,1                              | 90,3                       |
|                        | 2007 | 33                            | 72,7                       | 87,5                              | 91,7                       |
|                        | 2008 | 44                            | 84,1                       | 89,2                              | 91,8                       |
| Рецидив                | 2006 | 48                            | 100,0                      | 87,5                              | 93,7                       |
|                        | 2007 | 28                            | 100,0                      | 89,3                              | 92,8                       |
|                        | 2008 | 48                            | 100,0                      | 87,5                              | 91,6                       |
| Нарушители режима      | 2006 | 7                             | 85,7                       | 66,7                              | 83,3                       |
|                        | 2007 | 2                             | 100,0                      | 50,0                              | 50,0                       |
|                        | 2008 | 6                             | 100,0                      | 66,7                              | 66,7                       |
| Неблагоприятные исходы | 2006 | 27                            | 88,9                       | 87,5                              | 91,6                       |
|                        | 2007 | 14                            | 78,6                       | 90,9                              | 90,9                       |
|                        | 2008 | 18                            | 77,8                       | 85,7                              | 92,8                       |

В процессе лечения каждые 3 месяца проводился мониторинг эффективности лечения. При оценке эффективности химиотерапии ПВР отмечается рост показателей конверсии мокроты бактериоскопическим методом среди новых случаев с 87,% до 89,5% и методом посева с 90,3% до 91,8%. Среди рецидивов, нарушителей режима и лиц с неблагоприятным исходом

бактериоскопическим методом - с 50,0% до 90,9% и методом бакпосева с 50,0% до 93,7%.

Длительность интенсивной фазы зависела не только от наступления конверсии мазка мокроты, подтвержденной двукратно бактериоскопическим методом, но и от стабилизации процесса в легких при отрицательных бактериологических данных.

Для достижения положительных результатов лечения необходимо ориентироваться не только на сроки наступления конверсии мокроты бактериоскопическим и бактериологическим методом, но и на тяжесть заболевания, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

Во время интенсивной фазы лечения мы также наблюдали за закрытием полостей распада. Динамика закрытия деструкций в легких представлена нижеследующей таблицей.

**Таблица 6 - Закрытие полостей распада консервативным и оперативным методами лечения, у больных, получивших лечение в режиме DOTS-Plus в 2006-2008г.г.**

| Годы | Всего больных | Из них имели деструкцию в легких |      | Закрытие полостей распада |      | В том числе            |      |                     |      |
|------|---------------|----------------------------------|------|---------------------------|------|------------------------|------|---------------------|------|
|      |               | абс                              | %    | абс                       | %    | Консервативным методом |      | Оперативным методом |      |
|      |               |                                  |      |                           |      | абс                    | %    | абс                 | %    |
| 2006 | 166           | 134                              | 80,7 | 95                        | 70,9 | 91                     | 95,7 | 4                   | 4,3  |
| 2007 | 121           | 93                               | 76,8 | 63                        | 67,7 | 51                     | 80,9 | 12                  | 19,1 |
| 2008 | 158           | 129                              | 81,6 | 104                       | 65,8 | 89                     | 85,6 | 15                  | 14,4 |

Из получивших лечение в режиме DOTS-Plus в 2006 году – 137 (80,7%), в 2007 году – 93 (76,8%), в 2008 году – 129 (81,6%) больных имели деструктивный процесс.

Закрытие полости деструкции имело место в 2006 году у 95 (70,9%), в 2007 году – 63 (67,7%), в 2008 году – 104 (85,6%) больных. В том числе оперативным методом закрытие деструкции отмечено в 2006 году у 4 (4,3%), консервативным методом – 91 (95,7%), в 2007 году оперативным методом – 12 (19,1%), консервативным методом – 51 (80,9%), в 2008 году оперативным методом – 15 (14,4%), консервативным методом – 89 (85,6%).

Окончательные исходы лечения установлены через 24 месяца непрерывного лечения с соблюдением всех правил приема лекарственных препаратов.

#### Выводы:

1. При анализе больных, зарегистрированных за 3 года в регионе, можно отметить непрерывный рост больных с МЛУ ТБ среди первичных больных (с 14,5% до 25,3%), и незначительное снижение среди повторных больных (с 85,4% до 74,6%).

2. По возрастной категории высокий удельный вес составляют больные более молодого возраста 18-45 лет, когда больные проводят активный образ жизни.

3. Хороший успех в лечении имеют больные с впервые выявленным МЛУ ТБ от 86,4 % до 90,9 %.

4. Несколько ниже показатель эффективности лечения можно отметить у больных с рецидивами от 78,6% до 86,3%.

5. У категории больных с нарушением режима лечения в прошлом отмечается низкий показатель эффективности в режиме DOTS-Plus.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2006-2008 жылдар аралығында Қызылорда облыстық туберкулезге қарсы диспансерінде

DOTS-Plus тәртібінде емін алған туберкулездің алғаш анықталуы мен қайталануының және туберкулездің көп дәріге төзімділіктегі науқастардың емделу нәтижелерінің талдауы келтірілген. Талдау ҚДТ ТБ науқастары санының үздіксіз өсуін көрсетеді. Жаңа жағдайлар арасында үлестік салмақтың өсу қарқыны 14,5%-дан 25,3%-ға жетеді, ауру қайталанған науқастар арасындағы төмендеу көрсеткіші 85,4%-дан 74,6%-ға кеміген. Мақсатты жұмыстардың нәтижесінде ҚДТ ТБ алғаш анықталған науқастарды емдеуде 86,4%-дан 90,9%-ға дейін қол жетімді табыстарға жеттік. Ал ауруы қайталанған науқастарды емдеу тиімділігінің төменгі көрсеткіші 78,6%-дан 86,3%-ға жетті.

#### РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные анализа результатов лечения (исходов) больных с впервые выявленным туберкулезом, рецидивами и множественной лекарственной устойчивостью, которые получали терапию в режиме DOTS-Plus на базе Кызылординского областного противотуберкулезного диспансера за 2006–2008 годы. Анализ показал непрерывный рост числа случаев больных с подтвержденной МЛУ ТБ. Среди новых случаев отмечалось увеличение удельного веса с 14,5% до 25,3%, и незначительное снижение среди повторных больных - с 85,4% до 74,6%. В результате целенаправленной работы получены хорошие успехи в лечении больных с впервые выявленным МЛУ ТБ от 86,4 % до 90,9 %. И ниже показатель эффективности лечения у больных с рецидивами - от 78,6% до 86,3%.

#### SUMMARY

In this paper data of analysis of treatment outcomes of patients with newly detected tuberculosis, relapses and multi drug resistance treated under DOTS-Plus regimen on the base of Kyzylorda oblast' TB dispensary for 2006-2008 are given. Analysis showed the non interrupted increase

in number of cases with multi drug resistance confirmed. Increase from 14.5% to 25.3% in percentage among new cases and insignificant decrease among relapses from 85.4% to 74.6% have been marked. As a result of constant work there are obtained the good outcomes among

treated patients with newly detected MDR TB: increase from 86.4% to 90.9%. Indicator of treatment effectiveness among patients with relapses was lower: decrease from 78.6% to 86.3%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАБОЛЕВШИХ МЛУ ТБ

*Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В., Серикбаева С.Ш.  
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы*

На сегодняшний день туберкулез в Казахстане остается важной стратегической задачей и приоритетным направлением здравоохранения. В течение последних лет в Казахстане несколько стабилизировалась заболеваемость туберкулезом среди взрослых и детей, однако остаются довольно высокими показатели заболеваемости среди подростков [1]. Как показывают многие исследования, характеристика эпидемической ситуации по туберкулезу среди детского населения является важной, так как это не только количественная оценка показателей, но и качественная, по которой можно предполагать прогноз ситуации в целом [2-5].

Среди детей и подростков РК появилась тенденция к учащению случаев туберкулеза с лекарственной резистентностью, и вопросы лечения и ведения таких больных дискуссионны по сегодняшний день, так как у большинства из них выявляется полирезистентность микобактерий туберкулеза (МБТ) (устойчивость к трем препаратам и более) [6-10]. Рост заболеваемости резистентными формами туберкулеза среди детей и подростков связан с большим резервуаром инфекции, в том числе МЛУ ТБ [11-13]. Свидетельством этого является увеличение неблагоприятных исходов лечения среди детей в два раза, а среди подростков - в 3 раза. В литературе встречается ограниченное количество работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза среди детей и подростков [14, 15].

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ эффективности лечения больных МЛУ ТБ детей и подростков препаратами основного и резервного ряда, изучение исходов и отдаленных результатов заболевания.

### Материалы и методы исследования

Методом ретроспективного когортного исследования изучены исходы лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди детей и подростков, пролеченных препаратами первого и второго ряда.

Для сравнительного изучения исходов заболевания была выбрана база данных с 2006 по 2008гг. детей и подростков, пролеченных по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза по Республике Казахстан (РК), препаратами второго ряда (ПВР) (1 группа – 80 больных) и с 2006-2008гг – препаратами первого ряда (ППР) (2 группа – 80 больных). Туберкулезный процесс характеризовался у них наличием бактериовыделения и выявлением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к препаратам первого ряда.

От всех больных и их родителей было получено информированное согласие на обследование и лечение.

С целью выяснения причин возникновения лекарственно-устойчивого туберкулеза среди детей и подростков, нами была разработана анкета. Анкета отражала следующие факторы: пол, возраст больного, социальное положение, клиническая форма туберкулеза, тип больного, ТЛЧ, наличие рубчика БЦЖ, жилищно-бытовые условия, состав семьи, социальное благополучие семьи, наличие сопутствующих заболеваний, контакт с больным туберкулезом, длительность интенсивной и поддерживающей фаз лечения. Учитывались отдаленные результаты лечения препаратами первого ряда (ППР) и препаратами второго ряда (ПВР) после снятия с диспансерного учета – успешное лечение или рецидив ТБ, а также длительность и регулярность наблюдения в I и II группе диспансерного учета (ДУ), всего 23 фактора.

Инструментами сбора данных явились медицинская карта стационарного больного (форма 003\у) и медицинская карта амбулаторного больного (форма №25\у).

Статистический анализ проводился с использованием современных программных комплексов Microsoft Windows XP (Service Pack 3), Microsoft Excel - версия 2007. Для анализа данных DBF файл проведен в программе SPSS версии 16 (Чикаго, США).

Для проведения сравнительного анализа исходов лечения больных МЛУ ТБ, пролеченных ППР и ПВР, применен тест для сравнения двух и более независимых выборок, дисперсионный анализ (ANOVA).

Использованы методы лабораторные (общеклинические, исследование мокроты на МБТ методом микроскопии и посевом, ТЛЧ) и клинические (сбор анамнеза, осмотр, аускультация, пальпация, перкуссия).

Результаты исследования: установлено, что в обеих группах преобладали подростки 62,3% и 53,8%, дети составили 37,7% и 46,2% случаев соответственно. Больных женского пола было несколько больше - 60,9% и 60,0%, чем мужского - 39,1% и 40,0% в обеих группах. Большинство больных проживало в городской местности - 56,5% и 65,0%, а в сельской - 43,5% и 35,0% соответственно.

Таким образом, сравниваемые группы больных были практически идентичными.

Наиболее значимым фактором риска инфицирования и заболевания туберкулезом явился контакт с взрослым больным ( $F=7,340$ ). В первой группе наблюдаемых туберкулезный контакт был установлен в 71,0% случаев, в том числе семейный, с больным МЛУ ТБ в 63,7%, родственник - 5,8%, реже наблюдался школьный контакт - 1,4%. Источник заражения в 29,0% случаев не был установлен. Следовательно, у большинства больных этой группы был установлен туберкулезный контакт, из которых у двух третей - с больным МЛУ ТБ.

Несколько иная картина была во второй группе. Контакт с источником заболевания был установлен в 47,5% случаев, в том числе с больным МЛУ ТБ в 26,1%, родственник в 8,8%, реже наблюдались школьный и случайный контакты - в 2,5% и 1,2% соответственно. Источник заражения в 8,8% не был установлен. То есть, дети и подростки второй группы, имели постоянный и длительный контакт с больным-бактериовыделителем менее чем в половине случаев ( $p \leq 0,05$ ).

Следующим по значимости фактором риска явилось наличие сопутствующих заболеваний у детей и подростков с МЛУ ТБ ( $F=5,243$ ). Они встречались в обеих группах до 97,1% случаев, чаще в виде анемии - 37,3%, заболеваний ЖКТ - 31,3%, заболеваний ЦНС - 17,9%, реже диагностированы заболевания мочевыводящей системы, эндокринной системы (сахарный

диабет) и заболевания сердечно-сосудистой системы - 8,9%, 2,9%, 1,5% соответственно.

Структура туберкулеза в основном соответствовала особенностям течения заболевания этим возрастным периодам. Как видно из рисунка 1, у подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом обеих групп преобладал инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) - 74,0% и 48,8% соответственно. У детей преобладали первичные формы туберкулеза, среди которых чаще встречался туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), который был диагностирован в 11,0% и 12,5% случаев соответственно. С одинаковой частотой были выявлены диссеминированный туберкулез легких и казеозная пневмония (2,0 и 2,5% соответственно). Реже встречались первичный туберкулезный комплекс (ПТК) - 5,0% и 15,0% - и милиарный туберкулез (Мил. ТБ) - 6,0% и 5,0% соответственно. Ограниченные процессы в виде очагового туберкулеза (ОТ) и туберкулезного плеврита (ТП) встречались чаще среди больных второй группы (8,8% и 5,0%). Фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ) был выявлен у одного больного (2,0%), принимавшего лечение препаратами резервного ряда.

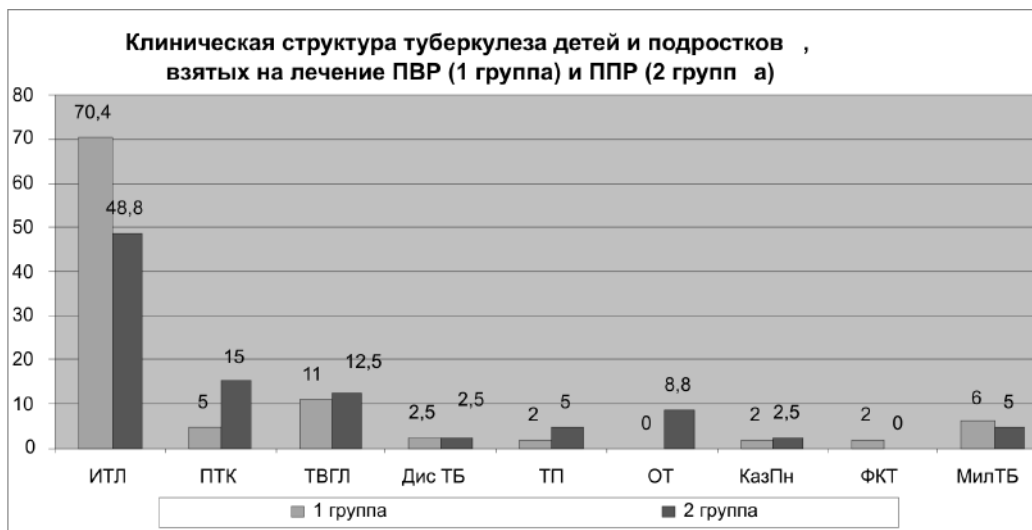
По распространенности туберкулезный процесс чаще был односторонним в обеих группах - 57,9% и 74,7% соответственно.

Таким образом, заболевание первичного генеза и ограниченные формы туберкулеза чаще встречались среди больных второй группы, поэтому, несмотря на наличие лекарственной устойчивости МБТ к ПТП первого ряда, их продолжали лечить препаратами первого ряда. Вторичные и распространенные формы в основном были выявлены среди больных первой группы, которые были взяты на лечение препаратами резервного ряда, после установления лекарственной устойчивости.

У детей и подростков обеих групп (100,0% и 22,4%) с МЛУ ТБ имели место осложненные процессы. Однако частота осложнений была менее выражена среди наблюдаемых второй группы: так, туберкулез бронхов выявлен у 63,0% и 11,2% больных соответственно, туберкулезный плеврит у 35,0% и 11,2%, а кровохарканье, распад легочной ткани и ателектаз у детей констатированы у 26,0%, 2,0% и 9,0% больных только первой группы соответственно ( $p \leq 0,05$ ).

Также среди больных первой группы в 81,2% случаев выявлялись деструктивные процессы, а среди детей и подростков второй группы, продолживших лечение ППР, полости распада определялись лишь в 28,2% ( $p \leq 0,01$ ).

Отмечены были различия и по выявлению МБТ методом микроскопии. Так, микобактерии туберкулеза выявлены у 62,3% больных первой группы, а среди больных второй группы лишь в 30,0% случаев ( $p \leq 0,05$ ) ( $F=3,406$ ).



Среди детей и подростков первой группы, помимо больных с установленной множественной лекарственной устойчивостью, было 17,4% больных, взятых на лечение в связи с клинической резистентностью. С полирезистентностью было взято на лечение ПВР 5,2% больных.

Среди детей и подростков второй наблюдаемой группы множественная лекарственная устойчивость была определена в 100,0% случаев.

Следовательно, дети и подростки двух групп, хотя и были определены как больные с установленной лекарственной устойчивостью МБТ к препаратам первого ряда, все же существенно различались по патоморфозу заболевания.

Необходимо отметить, что анализ сроков и эффективность предыдущего лечения также сыграли не последнюю роль в принятии решения о назначении лечения в режиме IV категории. Все больные первой группы до получения результатов лекарственной устойчивости получали лечение в режиме I категории: в течение 2 месяцев – 10,1% больных, 3 месяцев – 5,8%, сроком 4 и 5 месяцев – 15,9% и 18,8% больных соответственно. Большинство детей и подростков (68,1%) получали лечение препаратами первого ряда в течение 6 месяцев без клинического и рентгенологического эффекта.

Несмотря на результаты ТЛЧ с определением МЛУ ТБ, больные второй группы продолжали принимать лечение в режиме I категории в связи с положительной клинико-рентгенологической динамикой. Длительность лечения больных второй группы определялась на врачебных консультативных комиссиях, она зависела от динамики специфического процесса. У более трети больных второй группы (37,3%) длительность интенсивной фазы лечения составила 4 месяца, у 28,2% она составила 3 месяца, у 20,0% больных – 2 месяца, а у 8,8%

и 5,7% детей и подростков она составила 5 и 6 месяцев соответственно.

Большинство больных (68,1%) первой группы получили ПВР в течение 6 месяцев; у 20,3% интенсивная фаза была продлена до 8 месяцев из-за распространенности туберкулезного процесса; у 8,6% больных ее продлили до 12 месяцев. Ограниченные формы МЛУ ТБ без деструкции наблюдались в 2,9% случаев соответственно, эти дети и подростки получили лечение ПВР в течение 4 месяцев. В 100,0% случаев интенсивная фаза проводилась в условиях стационара.

Эффективность лечения определялась по конверсии мазка мокроты, абациллированию и по закрытию полостей распада в легких. Конверсия мазка мокроты наступила в 100,0% случаев у больных обеих групп. Среди больных, получавших ПВР (1 группа), конверсия мазка мокроты наступила через 1 месяц лечения у 44,9% больных, через 2 месяца – у 20,9%, через 3 месяца – у 9,3%, и у 2,3% больных с распространенным процессом -- через 4 месяца лечения. У больных второй группы (получавших ППР) конверсия мазка мокроты через 2 месяца наступила в 50,0% случаев, у остальных больных через 3 (25,0%) и 4 (25,0%) месяца лечения ППР.

Абациллирование мокроты у детей и подростков, получавших лечение ПВР (1 группа) также наступило в 100,0% случаев. Через 1 месяц абациллированы были 49,1% больных, через 2 месяца 36,8%, через 3 месяца 7,0%, через 4 месяца 5,2%, и 2,3% – через 5 месяцев лечения. Среди больных, получавших лечение ППР, абациллирование наступило на второй (20,0%) и третий месяцы (40,0%), остальные больные были абациллированы на 4 и 5 месяцы (по 30,0%) соответственно.

Закрытие полостей распада у больных первой наблюдаемой группы в 20,3% наблюдалось на 6 месяцев

лечения, на 4 месяце у 5,8%, на 8 - в 4,3%, на 10 - в 1,4% случаев. Не закрылись полости распада у 68,2% больных, получавших лечение ПВР, что свидетельствовало о несвоевременности назначения лечения детям и подросткам с МЛУ ТБ адекватного лечения. У второй группы больных закрытие полостей распада на 4 месяце произошло в 4,4%, на 6 месяце в 20,6%, на 8 – 15,9%, а на 10 месяце в 6,2% случаев. Не закрылись полости распада в 33,8% случаев, отсутствовали полости распада у 19,1% больных.

Анализ эффективности лечения детей и подростков с МЛУ ТБ подтвердил необходимость адекватного назначения лечения этой категории больных. Продление сроков лечения у больных с установленной лекарственной устойчивостью МБТ к ПТП первого ряда приводит к затягиванию процесса излечения, хронизации и возникновению побочных токсических явлений.

В связи с наличием больших остаточных изменений в легких, плохой переносимостью противотуберкулезных препаратов и неблагоприятными социальными условиями в их семьях большинству детей и подростков обеих групп проводился стационарный режим лечения как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе.

В условиях санатория лечение в поддерживающей фазе получили 15,9% и 2,5% детей и подростков. В амбулаторных условиях продолжили лечение лишь 17,4% и 12,5% детей и подростков соответственно.

Все больные после выписки из стационара наблюдались в противотуберкулезных диспансерах по месту жительства, сроки наблюдения за ними проводились, согласно действующему приказу МЗ РК №466 от 03.08.2007г. в течение 1 года - ежеквартально, на втором году наблюдения они осматривались фтизиопедиатрами 1 раз в полгода [16]. При положительной клинико-лабораторной и рентгенологической динамике процесса их снимали с диспансерного учета.

Динамическое наблюдение за детьми и подростками с МЛУ ТБ, пролеченными препаратами второго ряда, показало, что эффективное лечение отмечено в 92,8% случаев, в том числе исход - лечение завершено, определен у 17,4% больных, а из числа бактериовыделителей в 75,6% зарегистрирован исход – вылечен. Умер один подросток (1,4%) с МЛУ ТБ. Причиной смерти явилось наличие сопутствующей патологии в виде сахарного диабета. Неудача лечения была констатирована у 5,8% детей и подростков, в последующем они были переведены на лечение препаратами третьего ряда.

Таким образом, анализ течения заболевания, их исходов у больных детей и подростков, пролеченных ПВР, показал, что в 92,8% исходы были благоприятными – без обострений и рецидивов.

Среди детей и подростков, пролеченных препаратами первого ряда, эффективное лечение было от-

мечено в 91,3% случаев. Исход - лечение завершено, определен у 67,5% больных, а из числа бактериовыделителей в 23,8% зарегистрирован исход – вылечен. Умерло 5 (6,2%) детей и подростков с МЛУ ТБ из-за прогрессирования туберкулезного процесса и наличия множества сопутствующих патологий ( $p \leq 0,001$ ). Неудача лечения была констатирована у 2,5% детей и подростков, в последующем они были переведены на лечение препаратами резервного ряда.

Рецидив заболевания возник у 12,5% детей и подростков, пролеченных препаратами первого ряда (вторая группа). Через 6 месяцев после окончания лечения он возник у 3,8%, через 1 год – у 2,5%, и через 2 года – у 6,3% больных.

### Выводы

1. В группе больных, взятых на лечение ПВР, туберкулезный контакт был установлен в 71,0% случаев, причем в 63,7% случаев он был с больным МЛУ ТБ, и лишь в 29,0% он не был установлен. Во второй группе больных, взятых на лечение ППР, контакт с больным туберкулезом был установлен в 47,5% случаев, в том числе с больным МЛУ ТБ - 26,1%, в 48,8% случаев источник заражения не был установлен. То есть, дети и подростки первой группы в большинстве случаев имели постоянный и длительный контакт с больным бактериовыделителем.

2. Туберкулез первичного генеза чаще встречался среди больных, которым было проведено лечение ППР, в то время как вторичные формы в основном были выявлены среди больных, получивших лечение препаратами резервного ряда.

3. Частота осложнений была менее выражена среди наблюдаемых больных, получавших лечение ППР: так, туберкулез бронхов выявлен у 63,0% и 11,2% больных соответственно, туберкулезный плеврит у 35,0% и 11,2%, а кровохарканье, распад легочной ткани и ателектазы у детей констатированы у 26,0%, 2,0% и 9,0% больных, получавших ПВР, соответственно ( $p \leq 0,05$ ).

4. Бактериовыделителей среди больных, получивших лечение ПВР, отмечено в два раза больше (62,3%), чем среди детей и подростков, получавших лечение ППР (30,0%) ( $p \leq 0,05$ ).

5. Деструктивные процессы у больных, получавших лечение ПВР, были выявлены в 81,2% случаев, а среди детей и подростков, продолживших лечение ППР, полости распада определялись лишь в 28,2%. Следовательно, дети и подростки двух групп существенно различались по патоморфозу заболевания.

6. Анализ исходов заболевания детей и подростков двух групп показал, что в 91,3% и 92,8% случаев у больных детей и подростков исходы были благоприятными. Однако среди больных, продолжавших лечение препаратами первого ряда, умерло 5 (6,2%) больных,

а среди получавших адекватное лечение (препараты второго ряда), умер только один подросток (1,4%) с МЛУ ТБ, причиной смерти которого явилось нарушение режима, диеты при наличии сопутствующего сахарного диабета ( $p \leq 0,001$ ). Рецидив заболевания возник у 12,5% детей и подростков, пролеченных препаратами основного ряда, что также подтверждает необходимость назначения детям и подросткам с МЛУ ТБ лечения препаратами второго ряда.

### Литература

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан (1979-2008гг). – Алматы.
2. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO Report.- Geneva: WHO, 1998-2003.- С.5-108.
3. Юхименко Н.В., Митинская Л.А., Елуфимова В.Ф. // Проб. туберкулеза - 2001. №1, Р.24-28.
4. Ниязбекова К.Ж. Выявление и лечение туберкулеза у детей при высокой распространенности заболевания: автореф. ...д-ра мед.наук. – М., 1987.- 33с.
5. Хауадамова Г.Т. Особенности заболевания туберкулезом населения Казахстана.- Алматы, 1999.- 87с.
6. Окуловская С.С. //Съезд фтизиатров Беларуси. - 6-й: Тез.докл.- Минск, 1998.-С.182-184.
7. Жусупова Р.Ж., Бугаков А.А., Ангелова Л.А. и др.//Фтизиопульмонология.-2006.-№2(10).-С.69-70.
8. Аксенова В.А. // Пробл.туб.-2002.-№1.-С.6-9.
9. Полуэктова Ф.Г. Особенности течения и эффективности лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких у подростков: Автореф. ... канд.мед наук. – 32с.
10. Овсянкина Е.С. Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции, посвященной памяти М.М.Авербаха (к 75 – летию со дня рождения). М.: МНПЦБТ, 2000. - С. 179-184.
11. Amin N.M. \\ Tuberculosis.-1990.- Vol.88, № 1.- P.107-124.
12. Auregan G. // Sante. – 1997. – Mar-Apr. – Vol.7, №.2. – P. 97-102.
13. Исмаилов Ш.Ш. //Фтизиопульмонология.- 2006.-№2.- С.71-74.
14. Серикбаева К.С. // Фтизиопульмонология.- 2004. - №2. - С. 118-123.
15. Серикбаева К.С., Кастыкпаева Л.В., Игликова Ш.К. и др. // Фтизиопульмонология.- 2002. - №1. – С. 68-69.

### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстан Республикасы бойынша балалар мен жасөспірімдер арасында бірінші және екінші қатардағы препараттармен дәріге төзімді туберкулезді тиімді емдеудің талдаулары және өте алшақ нәтижелері мен қортындылары келтірілген. Балалар мен жасөспірімдер ауруының екі топтық қортынды талдауларында балалар мен жасөспірім науқастарындағы 91,3% және 92,8% жағдайы жағымды нәтижелерін көрсетті. Негізгі қатардағы препараттармен ем алған балалар мен жасөспірімдердің 12,5%-да аурудың қайталану жағдайы пайда болған.

### РЕЗЮМЕ

В статье изложены материалы анализа эффективности лечения препаратами первого и второго ряда детей и подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом по Республике Казахстан, исход и отдаленные результаты. Анализ исходов заболевания детей и подростков двух групп показал, что в 91,3% и 92,8% случаев у больных детей и подростков исходы были благоприятными. Рецидив заболевания возник у 12,5% детей и подростков, пролеченных препаратами основного ряда.

### SUMMARY

In this paper there are given the materials of analysis of effectiveness of the treatment with anti-TB drugs of the first and second lines among children and adolescents with drug-resistant tuberculosis. Analysis of outcomes of disease of children and adolescents of two groups showed that in 91.3% and 92.8% of cases outcomes were successful. Relapse of TB disease emerged in 12.5% of children and adolescents treated with the drugs of the first line.



## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИВ.52 И ПРЕПАРАТОВ РАСТОРОПШИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

**Бугакова С.Л., Цепке А.Б., Бугаков А.А., Ракишева Ж.К., Шонтыкова К.С., Нурумжанова Р.Т.**  
АО «Медицинский Университет Астана», кафедра фтизиатрии  
Противотуберкулезный диспансер, г. Астана

Неотъемлемым условием для достижения полноценного излечения больных туберкулезом в условиях DOTS-программы является длительный и непрерывный прием противотуберкулезных препаратов (ПТП) по стандартным схемам.

Однако данный подход всегда сопряжен с риском развития у больных нежелательных токсических реакций гепатобилиарную системы (1,2). В общей структуре побочных реакций, развивающихся в клинике фтизиатрии, на долю гепатотоксических побочных реакций приходится от 20 до 37% (3,4,5,6). Все случаи гепатотоксических побочных реакций на ПТП требуют временной или полной их отмены, удлинения сроков пребывания больных в стационаре, использования дополнительных лекарственных препаратов патогенетической и симптоматической направленности, что неминуемо влечет за собой увеличение финансовых затрат противотуберкулезных диспансеров.

В этой связи все вопросы, связанные с предупреждением гепатотоксических побочных реакций на ПТП у больных туберкулезом, приобретают сегодня во фтизиатрии все большую актуальность и значимость.

**Цель исследования:** Провести сравнительный

анализ эффективности гепатопротекторных препаратов разных групп в профилактике гепатотоксических побочных реакций у больных туберкулезом на фоне приема противотуберкулезных препаратов.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находился 181 пациент с впервые выявленным туберкулезом легких. Все больные получали ПТП по стандартной схеме 1 категории DOTS: изониазид (H), пиразинамид (Z), рифампицин (R), этамбутол (E). Для проведения исследования было сформировано 3 группы наблюдения. Пациентам первой группы (66 человек) в комплекс лечения включался препарат Лив.52. Пациентам 2 группы (60 человек) в комплекс лечения включался один из препаратов расторопши: карсил, гепабене. У больных третьей группы (55 человек) - противотуберкулезная терапия осуществлялась без использования гепатопротекторных препаратов. Препараты расторопши и Лив.52 назначались больным туберкулезом после получения результатов стандартного клинического обследования в профилактических суточных дозах на протяжении всего периода интенсивной фазы химиотерапии. Характеристика групп наблюдения по качественному составу представлена в таблицах 1 и 2.

**Таблица 1 - Характеристика групп наблюдения.**

| Характеристика параметров     | ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ   |      |          |      |          |      |
|-------------------------------|---|------|----------|------|----------|------|
|                               | 1 группа  |      | 2 группа |      | 3 группа |      |
|                               | Впервые выявленный туберкулез   |      |          |      |          |      |
| Клинические формы туберкулеза | Абс   | %    | Абс      | %    | Абс      | %    |
| Инфильтративный               | 60  | 90,9 | 54       | 90,0 | 50       | 90,9 |
| Диссеминированный             | 2   | 3,0  | 3        | 5,0  | 2        | 3,6  |
| Очаговый                      | 2   | 3,0  | 2        | 3,4  | 1        | 2,5  |
| ПТК                           | 1   | 1,5  | -        | -    | 1        | 2,8  |
| Экссудативный плеврит         | 1   | 1,5  | 1        | 1,5  | 1        | 1,8  |
| Женщины                       | 31  | 46,9 | 26       | 43,3 | 26       | 47,2 |
| Мужчины                       | 35  | 53,0 | 34       | 56,7 | 29       | 52,7 |
| Всего                         | 66  | 100  | 60       | 100  | 55       | 100  |
| Противотуберкулезная терапия  | Стандартная схема в объеме 1 категории DOTS: 2-4 месяца в условиях стационара 4 ПТП: HRZE* перорально |      |          |      |          |      |

\*Суточные дозы ПТП рассчитывались на килограмм веса больного.

Таблица 2 - Характер сопутствующей патологии в группах наблюдения

| Сопутствующая патология                                     | ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ             |      |          |      |          |      |
|---|-------------------------------|------|----------|------|----------|------|
|   | 1 группа                      |      | 2 группа |      | 3 группа |      |
|   | Впервые выявленный туберкулез |      |          |      |          |      |
|   | Абс                           | %    | Абс      | %    | Абс      | %    |
| Патология ГБС:  |                               |      |          |      |          |      |
| Холециститы, ДЖВП, перегибы ЖП, вирусный гепатит в анамнезе | 38                            | 57,6 | 35       | 58,3 | 31       | 56,3 |
| Сочетанная патология ГБС                                    | 18                            | 47,4 | 17       | 48,6 | 26       | 47,3 |
| Пиелонефриты  | 13                            | 19,7 | 11       | 18,3 | 9        | 16,4 |
| Гастриты  | 11                            | 16,7 | 9        | 15,0 | 7        | 12,7 |
| Операции на органах брюшной полости                         | 6                             | 9,1  | 5        | 8,3  | 4        | 7,2  |
| Панкреатиты   | 4                             | 6,1  | 5        | 8,3  | 3        | 5,4  |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы                     | 2                             | 3,0  | 3        | 5,0  | 2        | 3,6  |
| Всего больных   | 66                            | 100  | 60       | 100  | 55       | 100  |

Как видно из представленных таблиц, все три группы наблюдения были репрезентативны по клиническим формам, распространенности патологического процесса, возрасту, полу, лекарственной нагрузке и сопутствующей патологии. Однако в группы наблюдения не включались пациенты, имевшие на момент начала химиотерапии гепатомегалию, патологические изменения показателей печеночных проб, а также злоупотребляющие алкоголем и наркотиками.

Для объективной оценки эффективности Лив.52 и препаратов расторопши на каждого больного во всех 3 группах наблюдения была заведена карта пациента, где с частотой 1 раз в 10 дней отражались следующие параметры:

1. жалобы больных со стороны гепатобилиарной системы (тошнота, рвота, горечь во рту, тяжесть и боль в правом подреберье);
2. объективный статус больных: состояние кожных покровов, размеры печени, наличие или отсутствие ее болезненности;
3. биохимические показатели крови: общий билирубин и его фракции, трансаминазы, тимоловая проба, щелочная фосфатаза, общий белок и его фракции;
4. ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны;

Результаты и обсуждение: В ходе исследования было достоверно установлено, что на фоне приема стандартной схемы - HRZE - во всех трех группах наблюдения имели место гепатотоксические побочные реакции. Однако в первой группе наблюдения, на фоне приема Лив.52, гепатотоксические побочные реакции развились лишь у 9,1% больных (6 человек), в то время как во второй группе, на фоне приема препаратов расторопши, – у 21,7% больных (13 человек), а в контрольной группе, при отсутствии гепатопротекторной терапии – у 25,5 % больных (14 человек). Таким обра-

зом, у больных, принимающих препараты расторопши, гепатотоксические побочные реакции на ПТП констатировались в 2,4 раза чаще, чем у больных, принимающих Лив.52.

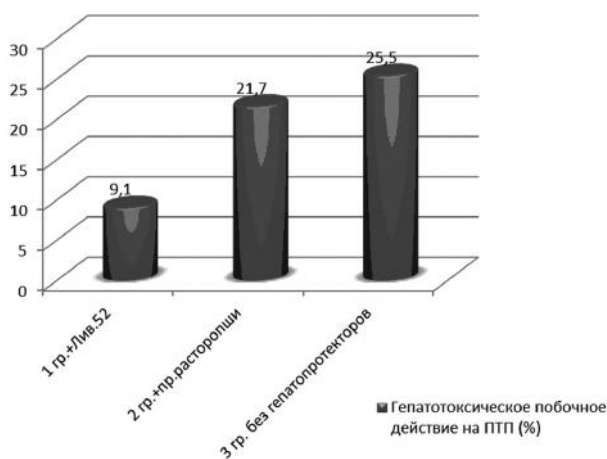


Рис. 1 Частота развития гепатотоксических побочных реакций при ПТП

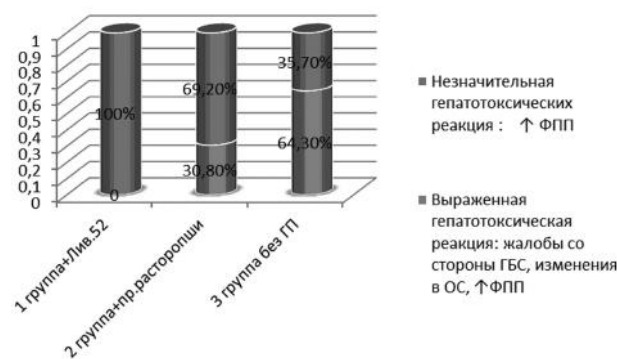


Рис.2 Выраженность гепатотоксических реакций в группах наблюдения

При анализе клинических симптомов гепатотоксических реакций было выявлено, что на фоне приема Лив.52 не наблюдалось ни одного случая гепатотоксических реакций с развернутой клинической симптоматикой, в то время как на фоне приема расторопши развернутая симптоматика (с наличием жалоб, изменений объективного статуса со стороны гепатобилиарной

системы и изменением показателей печеночных проб) констатирована у 30,8% больных (4 человек), а при отсутствии гепатопротекторной терапии (в контрольной группе наблюдения) – у 64,3% (9 человек).

Характеристика выраженности клинических проявлений гепатотоксических побочных реакций на ПТП отражена в таблице 3.

**Таблица 3 - Характеристика выраженности гепатотоксических реакций в группах наблюдения**

| Характеристика выраженности гепатотоксических побочных реакций |  |             |                   |       |          |      |          |      |       |
|--|--|-------------|-------------------|-------|----------|------|----------|------|-------|
| №  | Симптомы   | + -         | Группы наблюдения |       |          |      |          |      |       |
|  |  |             | 1 группа          |       | 2 группа |      | 3 группа |      |       |
|  |  |             | Абс               | %     | Абс      | %    | Абс      | %    |       |
| 1  | - Жалобы со стороны ГБС<br>- Изменения в ОС<br>-↑ФПП | -<br>-<br>+ | +                 | 100,0 | 9        | 69,2 | 5        | 35,7 |       |
| 2  | - Жалобы со стороны ГБС<br>- Изменения в ОС<br>-↑ФПП | +<br>+<br>+ | -                 | -     | 4        | 30,8 | 9        | 64,3 |       |
| Всего больных с ГТР  |  |             |                   | 6     | 100,0    | 13   | 100,0    | 14   | 100,0 |

Представленная таблица наглядно демонстрирует, что гепатотоксические побочные реакции с мало выраженной клинической симптоматикой, с изменением только показателей печеночных проб, на фоне приема ПТП без гепатопротекторной терапии имели место лишь у 35,7% больных, в то время как на фоне препаратов расторопши – у 69,2% больных и на фоне приема Лив.52 – у 100,0%.

При изучении показателей функциональных проб печени было определено, что показатель АЛТ как

основной маркер гибели гепатоцита, наиболее чаще – в 78,6% случаев - увеличивался у больных 3 группы (на фоне противотуберкулезной терапии без гепатопротекторных препаратов). В группах больных, получавших гепатопротекторы, увеличение показателя АЛТ констатировано значительно реже: на фоне приема препаратов расторопши – у 69,2% больных (9 человек) и на фоне приема Лив.52 – у 16,7% (1 человек). Структура изменения показателей печеночных проб отражена в таблице 4.

**Таблица 4 - Характеристика показателей функциональных проб печени у больных с гепатотоксическими побочными реакциями на ПТП**

| Характеристика показателей функциональных проб печени  |                   |       |          |       |          |       |
|--|-------------------|-------|----------|-------|----------|-------|
| Показатели функциональных проб печени                  | Группы наблюдения |       |          |       |          |       |
|  | 1 группа          |       | 2 группа |       | 3 группа |       |
|  | Абс               | %     | Абс      | %     | Абс      | %     |
| ↑ АЛТ  | 1                 | 16,7  | 9        | 69,2  | 11       | 78,6  |
| ↑ Общего и прямого билирубина                          | -                 | -     | 3        | 23,1  | 6        | 42,8  |
| ↑ тимоловой пробы                                      | 5                 | 83,3  | 11       | 84,6  | 13       | 92,8  |
| Всего больных с гепатотоксическими побочными реакциями | 6                 | 100,0 | 13       | 100,0 | 14       | 100,0 |

При анализе других показателей печеночных проб нами установлено, что на фоне приема Лив.52 не было ни одного случая гепатотоксической реакции, которая бы сопровождалась увеличением показателей общего и прямого билирубина, в то время как на фоне препаратов расторопши эти показатели увеличились в 23,1% случаев гепатотоксических реакций, а при пол-

ном отсутствии гепатопротекторной терапии – в 42,8% случаев. Увеличение показателя тимоловой пробы было констатировано во всех группах наблюдения: в 1 группе – у 83,3% пациентов, во 2 группе – у 84,6% и в 3 группе – у 92,8% больных.

В ходе исследования нами также был изучен режим противотуберкулезной терапии у больных с раз-

вившимися гепатотоксическими реакциями. При этом было достоверно установлено, что у больных 1 группы (на фоне приема Лив.52) стандартный режим химиотерапии в объеме 1 категории ДOTS удалось сохранить в 83,3% случаев, в то время как на фоне приема других гепатопротекторных препаратов – лишь в 69,2% случаев.

### Выводы

1. Для профилактики гепатотоксических побочных реакций на ПТП у больных, получающих длительную противотуберкулезную терапию, наиболее эффективным гепатопротекторным препаратом является Лив.52.

2. Препарат Лив.52, включенный в стандартную схему химиотерапии у больных туберкулезом на протяжении всего периода интенсивной фазы, позволяет в 2,4 раза по сравнению с препаратами расторопши сократить количество гепатотоксических побочных реакций на ПТП.

3. Использование препарата Лив.52 с первых дней лечения больных туберкулезом в 100% случаях помогает предупредить у них развитие гепатотоксических реакций с развернутой клинической симптоматикой, а потому - сократить финансовые потери, расходуемые лечебными учреждениями на устранение гепатотоксических побочных реакций с развернутой клинической симптоматикой.

4. Препарат Лив.52 позволяет в 1,2 раза чаще по сравнению с препаратами расторопши избежать ситуаций с длительной и полной отменой противотуберкулезных препаратов.

5. Лив.52 удобен и прост в использовании: назначается перорально по 2 таблетки за полчаса до еды 2 раза в сутки.

6. По стоимости препарат Лив.52 является доступным для всех лечебных учреждений. Цена 1 упаковки, содержащей 100 таблеток, составляет в среднем 800 тенге, поэтому при использовании Лив.52, в целях профилактики гепатотоксических реакций, во фтизиатрии будет затрачено в интенсивную фазу лечения от 1600 до 3200 тенге в эквиваленте на одного больного, что значительно сэкономит затраты на лечение туберкулеза и, в частности, прямые медицинские затраты (direct costs) противотуберкулезных диспансеров.

### Литература

1. Абдуллаев Р.Ю., Ваниев Э.В., Каминская Г.О. и др. //Материалы 19 Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2009. - С.320.

2. Бугакова С.Л., Бугаков А.А. //Материалы Международного конгресса «Гастроэнтерология». - Алматы., 2009. –С.66-68.

3. Мордык А.В., Антропова В.В //Пробл. туб. и болезней легких. -2008. - №9. - С44-46.

4. Кротевич Н.В. и др. // Фтизиопульмонология. -2005. -№1. - С. 69-71.

5. Ордабай М.С., Кулушев С.Х., Куандыкова М.Е. и др. //Фтизиопульмонология. - 2003. -№2. - С.66-68.

6. Чуканов. В.И. и др. //Химиотерапия туберкулеза: Сб. докл.- М., 2000. - С.46.

### ТҰЖЫРЫМ

Туберкулез ауруларының әртүрлі топтарына гепатопротекторлы препараттардың гепатотоксикалық әсерін алдын алудағы нәтижелілігіне талдау жасалынды. Зерттеуге өкпе туберкулезінің бірінші рет табылған 181 науқасы қатысты. Тексеру барысында туберкулезге қарсы ұзақ дәрі қабылдағандарда гепатотоксикалық әсерінің алдын алуда Лив.52 дәрісінің жоғары нәтижелілігі дәлелденді. Туберкулезге қарсы дәрілер мен Лив.52 препаратын қосымша тағайындағанда туберкулездің этиотропты терапиясын жүргізуге, расторопши препараттарына қарағанда, туберкулез препараттарының гепатотоксикалық әсері 2,4 есе төмендейді.

### РЕЗЮМЕ

Был проведен анализ эффективности гепатопротекторов различных видов для предупреждения токсических побочных реакций со стороны печени у больных туберкулезом легких на фоне приема противотуберкулезных препаратов. В исследование была включена группа из 181 больного с впервые выявленным туберкулезом легких. В результате данного исследования была доказана высокая эффективность Лив52, назначаемого на протяжении всего курса противотуберкулезного лечения, чтобы предупредить гепатотоксические побочные реакции на противотуберкулезные препараты. Назначение Лив 52 при проведении противотуберкулезной терапии позволяет удешевить этиотропную терапию при заболевании туберкулезом в 2,4 раза по сравнению с препаратами расторопши, будучи применены для снижения количества и выраженности гепатотоксических реакций, вызываемых ПТП.

### SUMMARY

The analysis of efficiency of hepatoprotectors of different species for prevention of hepato adverse responses in patients with pulmonary TB against the background of anti-TB drugs taking was conducted. There were investigated 181 patients with newly detected pulmonary TB. As a result of this research, the high effectiveness of Liv52 to prevent the hepatotoxic adverse reactions to anti-TB drugs during all TB treatment course is proved. Administration of Liv52 in the comprehensive antituberculosis therapy allows to made the ethiotropic therapy at TB disease cheaper by 2.4 times in comparison with medications from thistle, both being implemented to reduce the quantity and expressiveness of hepatotoxic responses due to anti-TB drugs taken.

## РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛИРУЕМОЙ КРАТКОСРОЧНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО СТРАТЕГИИ DOTS В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

**Ахметова А.С.**

*Областной противотуберкулезный диспансер, г.Караганда*

Ключевой целью контроля над туберкулезом является качественное лечение больных. Химиотерапия туберкулеза, как хорошо уже известно, является этиотропным методом лечения, который приводит к уничтожению бактериальной популяции в организме больного. Наиболее выраженное антибактериальное действие на микобактерии туберкулеза, при сохранении чувствительности к этим препаратам, оказывает одновременное применение изониазида, рифампицина, пипразинамида и этамбутола или стрептомицина.

Десятилетие назад эффективность контролируемой краткосрочной химиотерапии, которая является составной частью DOTS, не вызывала сомнений, была подтверждена многочисленными исследованиями и составляла от 86,0% (1,2) до 99,4% (3,4).

Является ли данное утверждение верным в настоящее время, когда туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью имеет стойкую тенденцию к росту?

Целью данного исследования явилось изучение результатов лечения больных противотуберкулезными препаратами первого ряда в условиях распростране-

ния мультирезистентного туберкулеза.

Были проанализированы результаты контролируемой краткосрочной терапии у 167 больных туберкулезом органов дыхания, находившихся под наблюдением на фтизиатрическом участке за период 2008-2010гг.

Анализируемый контингент в зависимости от категории был разделен на 2 группы.

Первую группу составили 115 впервые заболевших туберкулезом больных, во вторую группу вошли 52 больных, лечившихся повторно.

Всем больным лечение назначалось в стандартных режимах DOTS соответственно по 1 и 2 категориям.

Возраст больных в обеих группах колебался от 19 до 64 лет, но в первой группе больные в возрасте до 35 лет составили 45% (51 человек), тогда как во 2 группе - всего 28% (15 человек).

В первой группе мужчин было 62 (54%), женщин - 53 (46%), а во второй группе мужчин было значительно больше - 44, что составило 84%.

В таблице 1 представлено распределение больных по нозологическим формам туберкулеза легких.

**Таблица 1 - Клинические формы**

| группы   | всего |       | Инфильтративный |      | Фиброзно-кавернозный |     | Диссеминированный |     | Туб. плеврит |     | Очаговый |     | Туб. бронхов |     |
|----------|-------|-------|-----------------|------|----------------------|-----|-------------------|-----|--------------|-----|----------|-----|--------------|-----|
|          | абс.  | %     | абс.            | %    | абс.                 | %   | абс.              | %   | абс.         | %   | абс.     | %   | абс.         | %   |
| 1 группа | 115   | 100,0 | 98              | 85,2 | -                    | -   | 1                 | 0,8 | 9            | 8,0 | 6        | 5,2 | 1            | 0,8 |
| 2 группа | 52    | 100,0 | 41              | 78,8 | 5                    | 9,6 | 1                 | 1,9 | 4            | 7,8 |          |     | 1            | 1,9 |

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что в обеих группах преобладают больные с инфильтративным туберкулезом легких - 85,2% и 78,8% соответственно; очаговый туберкулез был выявлен только в 1-ой группе - 6 случаев (5,2%).

Во 2-ой группе было диагностировано 5 случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза (9,6%). Удельный вес экссудативных плевритов в обеих группах составил около 8,0%, а диссеминированный туберкулез и туберкулез бронхов диагностированы в единичных случаях.

Эффективность лечения оценивалась по срокам лечения и прекращению бацилловыделения.

Благоприятными («вылечен», «лечение завершено») считали исходы у больных, завершивших полный курс химиотерапии, у которых достигнута стойкая конверсия мазка после интенсивной и по завершению поддерживающей фазы, положительная клинико-рентгенологическая динамика (для небациллярных больных).

К неблагоприятным исходам мы отнесли «неудачу лечения», «нарушение режима», летальный исход в ходе лечения от любых причин и «перевод в 4-ую категорию» при выявлении множественной лекарственной устойчивости.

В таблице 2 показаны исходы лечения больных.

Таблица 2 - Исходы лечения больных в режиме DOTS

| Группы    | Всего |       | Вылечен |      | Лечение за-<br>вершено |      | Нарушение<br>режима |      | Неудача<br>лечения |     | Умер |      | Переведен в<br>4 категорию |      |
|-----------|-------|-------|---------|------|------------------------|------|---------------------|------|--------------------|-----|------|------|----------------------------|------|
|           | абс.  | %     | абс.    | %    | абс.                   | %    | абс.                | %    | абс.               | %   | абс. | %    | абс.                       | %    |
| 1 груп-па | 115   | 100,0 | 24      | 20,8 | 68                     | 59,1 | 6                   | 5,2  | 5                  | 4,3 |      |      | 12                         | 10,6 |
| 2 груп-па | 52    | 100,0 | 6       | 11,5 | 20                     | 38,5 | 8                   | 15,3 | 1                  | 1,9 | 7    | 13,4 | 10                         | 19,4 |

Из 23 больных из 1-ой группы и 26 больных из 2-ой группы с неблагоприятными исходами «неудачи лечения» наблюдались у 5 (4,3%) и 1 (1,9%) соответственно; «нарушение режима» у 6 (5,2%) и 8 (15,3%) соответственно. У 7 (13,4%) больных из 2-ой группы в ходе лечения констатирован летальный исход от различных причин. Из них в 5 (9,6%) случаях смерть наступила от прогрессирования основного заболевания, в остальных 2-х случаях (3,8%) причинами смерти были сердечная недостаточность и алкогольная интоксикация.

Также были проанализированы причины возникновения тех или иных неблагоприятных исходов. Так, «неудачи лечения» возникли в результате исходно распространенного специфического процесса в легких у 2 больных (1,7%) из 1-ой группы и 1 (1,9%) из 2-ой группы; у оставшихся 3 больных (2,6%), страдавших алкоголизмом или наркоманией, «неудачи в лечении» возникли в результате частых перерывов в лечении.

У 14 больных (6 больных из 1-ой группы (5,2%) и 8 - из 2-ой группы (15,3%), страдавших алкогольной зависимостью, не завершивших полный курс химиотерапии, отмечалась низкая приверженность к лечению, что привело к досрочному прекращению лечения.

Удельный вес больных с исходом «переведен в 4-ую категорию» среди неблагоприятных исходов оказался самым значительным и составил 10,6% (12 больных) в 1-ой группе и 19,4% (10 больных) во 2-ой группе.

К сожалению, в отличие от результатов лечения в режиме DOTS, достигнутых в 1996-1997г.г., эффективность лечения больных в последние годы, оказалась недостаточной и составила среди «новых случаев» (1-ая группа) 79,9% (рекомендации ВОЗ-85%), а среди повторно заболевших (2-ая группа) - 50,0%.

Значительное влияние на снижение эффективности лечения в режиме DOTS, наряду с низкой приверженностью больных к лечению (перерывы в лечении вследствие безответственного отношения самих больных к своему здоровью, непонимание ими важности непрерывного приема препаратов, алкогольная и наркотическая зависимость), оказала выявленная первичная и вторичная множественная лекарственная устойчивость.

Таким образом, рост мультирезистентного ту-

беркулеза, являясь наиболее актуальной проблемой фтизиатрии, представляет серьезную опасность для эффективной работы Национальной противотуберкулезной программы в целом.

### Литература

1. Сафарян М.Д., Минасян Г.Р. //Материалы Междунар. конф. по контролю за туберкулезом и V съезд фтизиатров Республики Казахстан.- Алматы, 1998. - С.57.
2. Исмаилов Ш.Н., Берикова Э.А. // Материалы Междунар. конф. по контролю за туберкулезом и V съезд фтизиатров Республики Казахстан.- Алматы, 1998. -С.44-45.
3. Омаров Т.О., Абдраимова С.А., Алаева И.К. и др. // Материалы Междунар. конф. по контролю за туберкулезом и V съезд фтизиатров Республики Казахстан.- Алматы, 1998. -С.54-55.
4. Даирбекова О.Д., Омаров Т.О. //Материалы Междунар. конф. по контролю за туберкулезом и V съезд фтизиатров Республики Казахстан.- Алматы, 1998. -С.37-38.

### ТҰЖЫРЫМ

2008-2010 жылдар аралығындағы 1 және 2 санатпен емделген тыныс алу мүшесі туберкулезіне шалдыққан науқастардың ем нәтижесі сарапталды. Барлық науқастарға DOTS ережесі бойынша санатына сәйкес ем тағайындалды. Емнің тиімділігі жөніндегі көрсеткіш «жаңа жағдайлар» арасында 79,9% құрайды, ал қайта емделушілердің арасында – 50,0% құрады. Сәтсіз емдердің арасындағы ең көп үлес салмағы көп дәріге төзімділікке байланысты «IV санатқа ауыстыруы» құрайды.

### РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 167 больных туберкулезом органов дыхания, лечившихся по 1-ой и 2-ой категории в 2008-2010г.г. в ОПТД г. Караганды. Всем больным лечение назначалось в стандартных режимах DOTS соответственно категории. Эффективность лечения среди «новых случаев» составила 79,9%, среди больных, лечившихся повторно - 50,0%. Наибольший удельный вес среди «неблагоприятных исходов» составил «перевод в IV категорию» в

связи с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий.

### SUMMARY

Outcomes of treatment of 167 patients with tuberculosis of breathing organs treated under DOT regimens by categories I and II in 2008-2010 were

analyzed. All the patients were administrated the treatment under standard regimens accordingly to their category. Effectiveness of the treatment of new cases constituted 79.9%, while that of relapses constituted 50.0%. The greatest percentage among the unfavorable outcomes constituted the transfer to the category IV due to the multidrug resistance of *M. tuberculosis*.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ И БЕЗ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ

*Жанабаева А.А.*

*ГУЗ «Сарканская туберкулезная больница»*

Результаты лечения больных туберкулезом органов дыхания зависят от многих факторов: исходной клинической формы, фазы течения туберкулеза, длительности лечения, бактериовыделения.

Нами проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 99 больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением и без бактериовыделения, находившихся на стационарном, а затем на амбулаторном лечении в Саркандской туберкулезной больнице за период 2008-2010 годы. Из 99 больных с бактериовыделением было 46 (46,5%) больных, без бактериовыделения - 53 (53,5%) больных.

Аналізу подверглись особенности проявления и клинического течения туберкулезного процесса, продолжительность интенсивной фазы, результаты клиничко-рентгенологических данных при переводе на амбулаторный этап.

Среди них преобладали инфильтративный туберкулез - 91% (90 больных), очаговый туберкулез - 3% (3 больных), туберкулома - 3% (3 больных), первичный туберкулезный комплекс - 2% (2 больных), фиброзно-кавернозный туберкулез - 1% (1 больной).

При рентгеномографическом исследовании из 99 больных деструкция определялась у 53 (53,5%) больных, из них с бактериовыделением у 40 (40,4%) больных и без бактериовыделения у 13 (13,1%) больных.

У значительной части больных отмечались признаки активного туберкулеза с более или менее выраженными симптомами интоксикации в сочетании с

локальными проявлениями туберкулезного воспаления легких.

Локальные изменения были в виде бронхолегочных симптомов, физикальных данных, подтвержденных рентгенологически.

Клинически признаки интоксикации выявлены у 85% больных с бактериовыделением и 45% больных без бактериовыделения.

Бронхолегочные симптомы, такие как кашель, наблюдались у 87% больных с бактериовыделением и 42% больных без бактериовыделения.

Среди больных с бактериовыделением двусторонний процесс диагностирован у 89 (39,1 %) больных и у 11 (20,7%) больных без бактериовыделения.

Сопутствующие заболевания были диагностированы у лиц с бактериовыделением у 18% больных, у лиц без бактериовыделения - у 7% больных. Наиболее часто встречались хронические неспецифические заболевания легких, заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы.

Отклонения в гемограмме и СОЭ выявились у 95% больных с бактериовыделением и 54% больных без бактериовыделения (увеличение числа лейкоцитов, нейтрофилов, палочкоядерных нейтрофилов, лимфопения, увеличение СОЭ).

Все больные получали лечение в режиме 1 категории (94 больных) и 3 категории (5 больных) под непосредственным контролем по стандартной схеме. Лечение проводилось соответственно возрасту, весу. В интенсивной фазе все больные получали лечение в

режиме 1 категории в условиях стационара, больные в режиме 3 категории лечились амбулаторно. В поддерживающей фазе часть больных получала лечение в условиях стационара, часть - амбулаторно. Патогенетическое лечение назначалось почти всем больным. В обязательном порядке через 2-3 месяца проводилось контрольное клиничко-лабораторно-рентгенологическое обследование. В результате комплексного лечения в режиме 1 и 3 категории через 2-3 месяца в 80% случаев отмечен клинический эффект в виде уменьшения

симптомов интоксикации, прекращения выделения мокроты, улучшения самочувствия.

Из 46 бациллярных больных культура не выделена у 1 (2,1%) больного, чувствительность сохранена у 30 (65,2%) больных, устойчивость к ПТП определена у 15 (32,61%) больных.

Ниже приводятся данные о зависимости времени наступления абациллирования от устойчивости к ПТП у бациллярных больных.

**Таблица 1 - Клиническая эффективность лечения бациллярных больных в зависимости от степени устойчивости МБТ.**

| Устойчивость             | К-во больн |      | Конверсия мазка мокроты |      |        |      | Всего |      |
|--------------------------|------------|------|-------------------------|------|--------|------|-------|------|
|                          |            |      | 2 мес.                  |      | 3 мес. |      |       |      |
|                          | Абс        | %    | Абс.                    | %    | Абс.   | %    | Абс.  | %    |
| к 1 препарату            | 3          | 6,5  |                         |      | 1      | 33,3 | 2     | 66,6 |
| к 2 препаратам           | 3          | 6,5  | 1                       | 33,3 | 1      | 33,3 | 2     | 66,6 |
| к 3 препаратам           | 4          | 8,6  | 2                       | 50   |        |      | 2     | 50   |
| более чем к 3 препаратам | 5          | 10,8 | 2                       | 40   |        |      | 2     | 40   |
|                          | 46         | 100  | 27                      | 58,7 | 7      | 15,2 | 41    | 89,1 |

**Таблица 2 – Эффективность лечения бациллярных больных в зависимости от распространенности процесса.**

| Распространенность | К-во больн. |      | Конверсия мазка мокроты |      |        |      | Всего |      |
|--------------------|-------------|------|-------------------------|------|--------|------|-------|------|
|                    |             |      | 2 мес.                  |      | 3 мес. |      |       |      |
|                    | Абс         | %    | Абс.                    | %    | Абс.   | %    | Абс.  | %    |
| Односторонняя      | 37          | 80,4 | 20                      | 54   | 5      | 13,5 | 28    | 75,6 |
| Двусторонняя       | 9           | 19,6 | 4                       | 44,4 | 1      | 11,1 | 5     | 55,5 |

**Таблица 3 – Эффективность лечения бациллярных больных в зависимости от массивности выделения микобактерии туберкулеза.**

| Градация МБТ | К-во больн. |      | Конверсия мазка мокроты |      |        |      | Всего |      |
|--------------|-------------|------|-------------------------|------|--------|------|-------|------|
|              |             |      | 2 мес.                  |      | 3 мес. |      |       |      |
|              | Абс         | %    | Абс.                    | %    | Абс.   | %    | Абс.  | %    |
| 3+           | 5           | 10,8 | 1                       | 20   | 1      | 20   | 2     | 40   |
| 2+           | 5           | 10,8 | 1                       | 20   | 2      | 40   | 3     | 60   |
| 1+           | 36          | 2,1  | 21                      | 58,3 | 7      | 19,4 | 28    | 77,7 |
| Всего        | 46          | 100  | 24                      | 52,1 | 10     | 21,7 | 33    | 71,7 |

Несмотря на проводимое лечение, закрытие полости распада из 40 бациллярных больных произошло у 27 (67,5%), а из 13 не бациллярных больных - у 8 (61,5%).

Из 46 бациллярных больных исходы лечения были следующими: «вылечен» у 33 (71,7%) больных, «неудача лечения» у 5 (10,8%), «умер» у 1 (2,1%) больного, «переведен в 4 категорию» у 7 (15,2%) больных.

А из 53 не бациллярных больных наступили ис-

ходы «лечение завершено» у 47 (88,6%) больных, «неудача лечения» у 1 (1,8%) больного, «умер» у 1 (1,8%) больного, «переведен в 4 категорию» у 3 (5,6%) больных.

**Выводы**

1. Анализ эффективности лечения 46 бациллярных и 53 не бациллярных больных, отобранных для анализа за период 2008-2010 годы показал:

- среди бациллярных больных излечение на-



ступило в 71,7% случаев, среди не бациллярных больных - в 88,6%.

2. Выявлена прямая зависимость эффективности лечения бациллярных больных от:

- устойчивости микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам, т.е. чем больше устойчивость к препаратам, тем меньше эффективность лечения; -- от распространенности туберкулезного процесса, т.е. чем больше распространенность туберкулезного процесса в легких, тем меньше эффективность лечения.

- от массивности выделения микобактерии туберкулеза, чем больше массивность выделения микобактерий туберкулеза, тем меньше эффективность лечения.

### ТҰЖЫРЫМ

2008-2010 жылдар аралығында Сарқанд туберкулез ауруханасындағы амбулаторлық емделген және стационарлық түрде ем алатын бактерия бөлмейтін және бактерия бөлінетін тыныс алу мүшесі туберкулезімен ауыратын 99 науқастың амбулаторлық картасы мен сырқатнама көшірмелеріне талдау жасалынды. 99 науқастың арасында бактерия бөлетіні 46 (46,5%) болса, бактерия бөлмейтіні 53 (53,5%) құрайды. Олардың ішінде шоғырлы туберкулез түрі 90 (91%) науқаста табылған. 99 науқастың 53-нен (53,5%) ыдырау кезеңі анықталған, олардың ішіндегі 40 (40,4%) науқаста бактерия бөлінеді және 13 (13,1%) науқаста бактерия бөлінбейді.

- туберкулез микобактериясының төзімділігі химиялық препараттарға байланысты, яғни дәріге төзімділігі көп болса, емдеудің тиімділігі аз болады; - өкпеде туберкулездің таралу үрдісі көп болса, емдеудің тиімділігі аз болады;

- туберкулез микобактериясының бөліну көлемі көп болса, емдеу тиімділігінің көрсеткіші аз болады.

Тыныс алу мүшелерінің бацилдық аурулардың арасында емделу нәтижелері, бациллы емес аурулардың арасында қарағанда аз тиімді. Тыныс алу мүшелерінің туберкулезбен ауыратын аурулардың тиімді емделуі, туберкулез микобактериясының бөлінуі, туберкулез микобактериясының дәрілік сезімталдығына және туберкулез процессінің өкпеде таралуына байланысты.

### РЕЗЮМЕ

Проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 99 больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением и без бактериовыделения, находившихся на стационарном, а затем на амбулаторном лечении в Саркандской туберкулезной больнице за период 2008-2010 годы. Из 99 больных с бактериовыделением было 46 (46,5%) больных, без бактериовыделения - 53 (53,5%) больных. Среди преобладали инфильтративный туберкулез - 91% (90 больных), Из 99 больных деструкция определялась у 53 (53,5%) больных, из них с бактериовыделением у 40 (40,4%) больных и без бактериовыделения у 13 (13,1%) больных.

Выявлена прямая зависимость эффективности лечения бациллярных больных:

- от устойчивости микобактерии туберкулеза к химиопрепаратам, т.е. чем больше устойчивость к препаратам, тем меньше эффективность лечения.

- от распространенности туберкулезного процесса, т.е. чем больше распространенность туберкулезного процесса в легких, тем меньше эффективность лечения.

- от массивности выделения микобактерии туберкулеза, чем больше массивность выделения микобактерий туберкулеза, тем меньше эффективность лечения.

### SUMMARY

There were analyzed the disease histories and ambulatory cards of 99 patients with TB of breathing organs with positive sputum smear and without it treated in clinic and out-patient in Sarkand TB hospital during 2008-2010. Out of 99 persons 46 (46.5%) were smear positive, while 53 (53.5%) smear negative patients. The infiltrative pulmonary TB form was predominant (91.0%). Out of 99 cases destruction cavity was revealed in 53 (53.5%) while 40 (40.4%) out of them had the positive sputum smear and 13 (13.1%) had the negative sputum smear. Direct dependency was determined between treatment effectiveness of bacillary TB and:

- Drug resistance of *M. tuberculosis*, i.e. higher is the resistance, lesser is the treatment effectiveness.

- Advance degree of TB process: higher is this degree, lesser is the treatment effectiveness.

- Abundance of *M. tuberculosis* excretion, higher is the abundance, lesser is the treatment effectiveness.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ С СОХРАНЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

*Истелюева М.Б.*

*Национальный центр проблем туберкулеза, г.Алматы*

Республика Казахстан имеет множество факторов, неблагоприятно воздействующих на статус здоровья населения, одним из таких факторов является туберкулез.

Эффективность лечения у больных туберкулезом зависит от его раннего выявления, от распространенности процесса, адекватности лечения и получения его в полном объеме, как в интенсивной, так и в поддерживающей фазе [1].

Целью данного исследования является анализ

исходов лечения туберкулеза легких после интенсивной фазы лечения и отдаленных результатов.

Нами проанализированы данные о 251 больном туберкулезом органов дыхания с сохраненной чувствительностью за 2009-2010 годы в ЛТО-3 НЦПТ МЗ РК.

Ниже в таблице 1 приводятся данные по клиническим формам больных, поступивших в отделение и прошедших интенсивную фазу лечения в отделении ЛТО-3.

**Таблица 1 - Клинические формы туберкулеза органов дыхания за 2009- 2010г.г.**

| Формы                | 2009 (n=109) |       | 2010 (n=142) |       |
|----------------------|--------------|-------|--------------|-------|
|                      | абс          | %     | абс          | %     |
| Инfiltrативный       | 92           | 84,4% | 118          | 83,1% |
| Фиброзно-кавернозный | 6            | 5,5%  | 8            | 5,6%  |
| Диссеминированный    | 3            | 2,7%  | 6            | 4,2%  |
| Казеозная пневмония  | 4            | 3,7%  | 1            | 0,7%  |
| Милиарный            | 3            | 2,7%  | 6            | 4,2%  |
| Туберкулема          | 1            | 0,9%  | -            | -     |
| Цирротический        |              | -     | 1            | 0,7%  |
| Кавернозный          |              | -     | 2            | 1,4%  |

В структуре среди клинических форм туберкулеза в 2010 году, как и в 2009 году, преобладали инфильтративные формы туберкулеза легких - 84,4% и 83,1% соответственно. Отмечено увеличение количества больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом с 5,5% до 5,6% (8 против 6), милиарным туберкулезом и диссеминированным туберкулезом с 2,7% до 4,2% (6 против 3), что объясняется преобладанием больных с запущенными формами туберкулеза в 2010г.

Эффективность лечения традиционно оценивалась по результатам конверсии мазка мокроты после завершения интенсивной фазы лечения в стационаре с сохраненной чувствительностью. Больные получали лечение в стандартных режимах 4 и 5 противотуберкулезными препаратами, в том числе комбинированными препаратами 4- и 3-компонентными (КПФД). В ниже приведенных таблицах 2 и 3 показана конверсия мазка мокроты в 2009 и 2010 году.

**Таблица 2 - Конверсия мокроты после завершения интенсивной фазы лечения за 2009г. (n=109)**

| Случаи туберкулеза | Число выписанных больных | Конверсия мокроты |             |             |                    | Контрольный мазок не сделан | Мазок остался положительным |
|--------------------|--------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                    |                          | Через 2 мес       | Через 3 мес | Через 4 мес | Всего с конверсией |                             |                             |
| Н.С МТ(+)          | 107 (98,2%)              | 79 (73,8%)        | 19 (17,8%)  | 3 (2,8%)    | 101 (94,4%)        | -                           | 6 (5,6%)                    |
| Рецидивы           | 2 (1,8%)                 | -                 | 2 (100%)    | -           | 2 100%             | -                           | -                           |
| Всего              | 109 (100,0%)             | 79 (72,5%)        | 21 (19,3%)  | 3 (2,8%)    | 103 (94,5%)        | -                           | 6 (5,5%)                    |

**Таблица 3 - Конверсия мокроты после завершения интенсивной фазы лечения за 2010г. (n=142)**

| Случаи туберкулеза | Число выписанных больных | Конверсия мокроты |             |             |                    | Контрольный мазок не сделан | Мазок остался положительным |
|--------------------|--------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                    |                          | Через 2 мес       | Через 3 мес | Через 4 мес | Всего с конверсией |                             |                             |
| Н.С МТ(+)          | 117 (82,4%)              | 84 (71,8%)        | 13 (11,1%)  | -           | 97 (82,9%)         | -                           | 20 (17,0%)                  |
| Рецидивы           | 25 (17,6%)               | -                 | 15 (60,0%)  | 8 (32,0%)   | 23 (92,0%)         | -                           | 2 8,0%                      |
| Всего              | 142 (100,0%)             | 84 (59,2%)        | 28 (19,7%)  | 8 (5,6%)    | 120 (84,5%)        | -                           | 22 (15,5%)                  |

Эффективность лечения в среднем в 2010 году была ниже, чем в 2009 году и составила 84,5% против 94,5%, так как в 2010 году преобладали деструктивные, тяжелые формы туберкулеза.

В 2010г. у больных 1 категории у 97 (82,9%) наступила конверсия мазка мокроты после интенсивной

фазы лечения, в 2009г. – соответственно у 101 (94,4%). У больных, получавших лечение по 2 категории в 2010 году, конверсия наступила в 23 (92,0%) случаях через 3-4 месяца. В 2009 году у больных с рецидивами, принимавших лечение по 2 категории, конверсия наступила через 3 месяца - 2 (100%).

**Таблица 4 - Исходы лечения больных, выписанных в 2009 -2010г.г.**

| Исходы лечения     | 2009 |       | 2010 |       |
|--------------------|------|-------|------|-------|
|                    | абс. | %     | абс. | %     |
| Вылечен            | 91   | 73,9  | 116  | 69,0  |
| Лечение завершено  | -    |       | -    |       |
| Неудача лечения    | -    |       | -    |       |
| Умер               | -    |       | 7    | 4,2   |
| Нарушение режима   | 7    | 5,7   | 3    | 1,8   |
| Переведен          | 22   | 17,9  | -    |       |
| Переведен в IV кат | 3    | 2,4   | 42   | 25,0  |
| Всего              | 123  | 100,0 | 168  | 100,0 |

Исходы лечения больных нами проводились по данным Национального регистра, а также по запросам в региональные диспансеры.

Как следует из таблицы 4, из 123 больных, выписанных в 2009 году, исход «вылечен» зарегистрирован у 73,9% больных. Соответственно из 168 больных в 2010 году исход «вылечен» достигнут у 69,0% больных. В целом «терапевтический успех» составил соответственно 69,0%, в связи с увеличением запущенных форм туберкулеза и МЛУ ТБ до 25% -42 больных.

Таким образом, на основании вышеизложенных данных следует:

1. Эффективность лечения впервые выявленных и рецидивов туберкулеза в конце интенсивной фазы в 2009 году в среднем составила 94,5%, то есть выше, чем в 2010 году (84,5%).

2. «Терапевтический успех» составил 73,9% в 2009 году. В 2010 году это соотношение составило 69,0%.

#### Литература

1. Абилдаев Т.Ш. и др. //Фтизиопульмонология.- 2010. №2.-С.4-6.

#### ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2009-2010 жж аралығында тыныс алу мүшесінің туберкулезімен ауыратын сезімталдығы бар 251 науқастың емдеу нәтижелері көрсетілген.

Нәтижесінде емдеу тиімділігінің көрсеткіші 2009 жылы 94,5%-дан 2010 жылы 84,5 %-ға төмендегенін көрсетті. Алынған нәтижелерде КДТ ТБ мен теберкулездің деструктивті түрімен ауырған науқастардың (25 % - 42 жағдай) үлестік салмағының жоғарлау есебінен «терапиялық табыстың» төмендегені туралы айтылады.

#### РЕЗЮМЕ

В работе представлен анализ данных о 251 больных туберкулезом органов дыхания с сохраненной чувствительностью за период 2009-2010 годы. Результаты показали, что показатель эффективности лечения, составивший в 2009 году 94,5%, уменьшился до 84,5% в 2010 году. Полученные результаты исходов свидетельствуют о снижении «терапевтического успеха» за счет высокого удельного веса больных с деструктивными формами туберкулеза и МЛУ ТБ (25,0%-42 случая).

#### SUMMARY

There are presented the analysis of data on 251 patients with pulmonary tuberculosis and with sensitivity kept to the anti-TB drugs during 2009 to 2010 in this paper. Indicators of effectiveness of new TB cases treatment constituted the decrease since 94.5% in 2009 to 84, 5 % in 2010. The results obtained are of evidence of the low treatment efficiency due to the high relative percentage of patients with MDR TB (25.0%, i.e. 42 cases) in 2010.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ВТОРОГО РЯДА БОЛЬНЫХ МЛУ ТБ ПО ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2008 г.г.

**Кабдрахимова А.А.**

*Жамбылский областной противотуберкулезный диспансер, г.Тараз*

Во всем мире наиболее актуальной проблемой, препятствующей борьбе с туберкулезом, является наличие у микобактерий туберкулеза устойчивости к противотуберкулезным препаратам, что ведет к снижению эффективности лечения туберкулеза, продлению сроков лечения и наблюдения.

В области ведется регистрация и учет резистентных форм туберкулеза с 2000 года. При анализе эпидемиологической ситуации, особо выделяется удельный вес резистентных форм в контингенте активной группы и количество больных с первичной множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ).

На конец 2010 года на учете состояло 642 больных МЛУ ТБ, т.е. 41,8% от первой группы диспансерного учета, в том числе первичная устойчивость составила 5,4% среди новых случаев.

**Таблица 1 - Показатели первичной и вторичной устойчивости за анализируемые 3 года**

| Годы | Всего | Первичная устойчивость |      | Вторичная устойчивость |      |
|------|-------|------------------------|------|------------------------|------|
|      |       | абс                    | %    | абс                    | %    |
| 2006 | 169   | 69                     | 5,4  | 100                    | 36,9 |
| 2007 | 169   | 100                    | 8,2  | 69                     | 26,3 |
| 2008 | 229   | 140                    | 11,7 | 89                     | 34,0 |

Как видно из данной таблицы, наблюдается рост первичной - от 5,4 до 11,7 и некоторое снижение вторичной устойчивости от 36,9 до 34,0 за 2006-2008г.г.

В нашей области лечение в режиме DOTS-Plus больных с 2002 по 2010г.г.

| Годы | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010       |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------------|
| К-во | 19   | 41   | 47   | 49   | 121  | 121  | 154  | 215  | 390 КЗС-58 |

Наблюдается рост охвата лечением ПВР из года в год, в 2010 г. всего взято на лечение ПВР по линии КЗС - 58 больных.

Нами проведен анализ эффективности лечения

**Таблица 3 - Структура клинических форм МЛУ ТБ**

| Диагноз                | 2006 | %    | 2007 | %    | 2008 | %    | Всего | %    |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| ИТЛ                    | 106  | 87,6 | 96   | 79,3 | 122  | 79,2 | 324   | 81,8 |
| ДТ                     | 2    | 1,7  | 2    | 1,7  | 2    | 1,3  | 6     | 1,5  |
| ФКТ                    | 12   | 9,9  | 23   | 19,0 | 29   | 18,8 | 64    | 16,2 |
| Внелегочной туберкулез | 1    | 0,8  | -    | -    | -    | -    | 1     | 0,3  |
| Казеозная пневмония    | -    | -    | -    | -    | 1    | 0,6  | 1     | 0,3  |
| Всего                  | 121  |      | 121  |      | 154  |      | 396   |      |

препаратами резервного ряда начато в 2002 году. Основная цель программы: профилактика дальнейшего развития и распространения мультирезистентного туберкулеза, снижение риска развития суперрезистентных форм туберкулеза.

Отбор больных, беседа о предстоящем длительном лечении и разъяснительную работу проводит ЦВКК ТБМЛУ, по графику 2 раза в неделю. Предварительно больные представляются врачом по форме, где имеется вся информация о предыдущих эпизодах лечения, результаты анализов мокроты, ТЛЧ, рентгенархив. Второй раз представляется перед началом лечения, в присутствии членов семьи и самого больного.

Первый этап лечения проводится в стационарных условиях, до конверсии мазка в анализах мокроты методом посева в течение 2-х месяцев. В отделении МЛУ ТБ на 110 коек при ОПТД работает 3 врача – фтизиатра. Затем больные направляются в ПМСП, где завершают интенсивную фазу, через ЦВКК переводятся на поддерживающую фазу и завершают лечение под непосредственным контролем химизатора. Каждые 3 месяца больные представляются на ЦВКК с результатами контрольных анализов мокроты и рентгенологического обследования.

Ведется мониторинг лечения специалистами ОМК, группой МИО, фтизиатрами противотуберкулезных организаций и специалистами ПМСП.

**Таблица 2 – Количество взятых на лечение**

данной когорты 2006-2008 г.г., зарегистрированных в учетной форме ТБ-11, по конверсии мазка, показателю закрытия полостей распада, исходам лечения, а также исследованы отдаленные результаты.

Из таблицы 3 видно, что в структуре клинических форм МЛУ ТБ преобладает ИТЛ (81,8%), на втором месте – ФКТ (16,2%).

**Таблица 4 - Средний срок пребывания больных МЛУ ТБ в стационаре**

| Годы                | Количество больных | Всего проведено койко/дней | Среднее |
|---------------------|--------------------|----------------------------|---------|
| пребывание (1 т.о.) |                    |                            |         |
| 2006                | 121                | 13585                      | 83,0    |
| 2007                | 121                | 18493                      | 123,0   |
| 2008                | 154                | 25249                      | 172,0   |

Увеличение коечного фонда позволило в 2008 году лечить стационарно до конца интенсивной фазы, в исключительных случаях ИФ продлена до 10 месяцев.

**Таблица 5 - Количество зарегистрированных больных с подтвержденным ТЛЧ и клиническим МЛУ ТБ за 2006-08г.г.**

| Годы  | Всего больных | В том числе подтвержденные ТЛЧ |      | Клинически МЛУ ТБ |     |
|-------|---------------|--------------------------------|------|-------------------|-----|
|       |               | абс                            | %    | абс               | %   |
| 2006  | 139           | 136                            | 97,8 | 3                 | 2,2 |
| 2007  | 280           | 272                            | 97,1 | 8                 | 2,9 |
| 2008  | 531           | 517                            | 97,4 | 14                | 2,6 |
| Всего | 950           | 925                            | 97,4 | 25                | 2,6 |

В большинстве случаев лечение ПВР проводилось после подтверждения МЛУ ТБ тестом на лекарственную чувствительность (97,4%) и только в 25 случаях выставлена клиническая резистентность.

**Таблица 6 - Показатели конверсии мазка по результатам бакпосева за 2006-08 г.г.**

| Годы  | Кол-во больных МЛУ ТБ МБТ+ | Конверсия мазка ч/з 3 мес. |      | Конверсия мазка ч/з 4 мес. |      | Конверсия мазка ч/з 6 мес. |     | Всего достигнуто конверсий мазка |      |
|-------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|----------------------------|-----|----------------------------------|------|
|       |                            | абс                        | %    | абс                        | %    | абс                        | %   | абс                              | %    |
| 2006  | 113                        | 86                         | 76,1 | 25                         | 22,1 | 1                          | 0,9 | 112                              | 99,1 |
| 2007  | 104                        | 84                         | 80,8 | 10                         | 9,6  | 6                          | 5,8 | 100                              | 96,2 |
| 2008  | 138                        | 98                         | 71,0 | 20                         | 14,5 | 9                          | 6,5 | 127                              | 92,0 |
| Всего | 355                        | 268                        | 75,5 | 55                         | 15,5 | 16                         | 4,5 | 339                              | 95,5 |

Из общего числа положительных по мазку лиц через 3 месяца лечения конверсия составила 75,5%, через 4 мес. - 91,0%, через 6 месяце – 4,5%. Всего из 339 случаев в 95,5% достигнута конверсия мазка.

**Таблица 7 - Показатель закрытия полостей распада среди больных МЛУ ТБ за 2006 -2008 г.г.**

| Годы  | Кол-во больных Т.О.Д. CV + | Из них закрыто полостей распада |      | Из них               |      |                   |     |
|-------|----------------------------|---------------------------------|------|----------------------|------|-------------------|-----|
|       |                            |                                 |      | Консервативным путем |      | Оперативным путем |     |
|       |                            | абс                             | %    | абс                  | %    | абс               | %   |
| 2006  | 86                         | 40                              | 46,5 | 40                   | 46,5 | -                 | -   |
| 2007  | 80                         | 42                              | 52,5 | 42                   | 52,5 | -                 | -   |
| 2008  | 147                        | 107                             | 72,8 | 95                   | 64,6 | 12                | 8,2 |
| Всего | 313                        | 189                             | 60,4 | 177                  | 56,5 | 12                | 3,8 |

С каждым годом увеличивается показатель закрытия полостей распада в легких с 46,5 % до 72,8%, причем в последние годы активизировалась хирургическая помощь при МЛУ ТБ (в 2008 году - 8,2%).

**Таблица 8 - Исходы лечения случаев МЛУ ТБ, зарегистрированных в 2006-2008г.г.**

| Годы  | Исходы  |      |                   |     |     |     |     |     |         |     |           |     |      |
|-------|---------|------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----------|-----|------|
|       | Вылечен |      | Лечение завершено |     | НЛ  |     | НР  |     | Умершие |     | Переведен |     | ПИ   |
|       | абс     | %    | абс               | %   | абс | %   | абс | %   | абс     | %   | абс       | %   | %    |
| 2006  | 108     | 89,3 | 5                 | 4,1 | 1   | 0,8 | 3   | 2,5 | 4       | 3,3 | -         | -   | 95,5 |
| 2007  | 96      | 79,3 | 11                | 9,1 | 4   | 3,3 | 2   | 1,7 | 3       | 2,5 | 5         | 4,1 | 92,3 |
| 2008  | 124     | 80,5 | 12                | 7,8 | 5   | 3,2 | 2   | 1,3 | 11      | 7,1 | -         | -   | 90,0 |
| Всего | 328     | 82,8 | 28                | 7,1 | 10  | 2,5 | 7   | 1,8 | 18      | 4,5 | 5         | 1,3 | 92,6 |

Из таблицы 8 видно, что из 10 больных исход «неудача лечения» выставлен 7 больным (70%) во время лечения на поддерживающей фазе, у 3 (30%) больных - на интенсивной фазе лечения. Причинами являются: несоблюдение режима питания, отдыха, перерывы в лечении из-за ухода больных на наемную работу, прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, ревматоидный полиартрит, гормонозависимая форма, психические заболевания). Прервали лечение 7 больных, несмотря на неоднократные беседы с боль-

ными и их родственниками о длительном и непрерывном лечении. Повторно привлечены на долечивание 4 больных, у остальных 2 больных местонахождение неизвестно, 1 больной умер от других причин. Переведено 5 больных, за пределы области, в т.ч. удалось выяснить результаты лечения у больных. Умерших 18 больных МЛУ ТБ, в том числе от прогрессирования туберкулезного процесса 7 больных, 11 больных - от других причин (ДТП, желудочно-кишечное кровотечение, ТЭЛА).

**Таблица 9 - Отдаленные результаты лечения МЛУ ТБ по DOTS-Plus с момента внедрения в Жамбылской области**

| № | год    | Отдаленные результаты лечения МЛУ ТБ по DOTS-Plus |      |                            |      |        |     |      |     |         |     |            |   | Всего |     |
|---|--------|---|------|----------------------------|------|--------|-----|------|-----|---------|-----|------------|---|-------|-----|
|   |        | Снят с ДУ   |      | Перевод в не-актив. группу |      | Выбыло |     | Умер |     | Рецидив |     | Неизвестен |   |       |     |
|   |        | абс   | %    | абс                        | %    | абс    | %   | абс  | %   | абс     | %   | абс        | % | абс   | %   |
| 1 | 2006   | 109 снято с ДУ по выздоровлению                   | 90,0 | -                          | -    | 3      | 2,5 | 7    | 5,8 | 2       | 1,6 | -          | - | 121   | 100 |
| 2 | 2007   | 106 снято с ДУ по выздоровлению                   | 87,6 | 6                          | 5,0  | 5      | 4,1 | 4    | 3,3 | -       | -   | -          | - | 121   | 100 |
| 3 | 2008   | 7 снято с ДУ по выздоровлению                     | 4,5  | 131                        | 85,0 | 3      | 1,9 | 13   | 8,4 | -       | -   | -          | - | 154   | 100 |
| 4 | Всего: | 222   | 56,1 | 137                        | 34,6 | 11     | 2,8 | 24   | 6,1 | 2       | 0,5 | -          | - | 396   | 100 |

В течение последующих 2-х лет после завершения лечения сняты с ДУ и переведены неактивную группу – 90,7% больных, после чего вновь взято на лечение с рецидивом 2 больных (0,5%). Умерло – 6,1%, выбыло за пределы области -2,8%

**Выводы:**

1. В области вырос охват МЛУ ТБ пациентов лечением по DOTS-Plus со 121 в 2006 году до 154 в 2009.
2. В структуре клинических форм чаще отмечалась инфильтративная форма туберкулеза – 81,8%.
3. Эффективность лечения МЛУ ТБ зависит от своевременной диагностики устойчивости МБТ К ППР, приверженности больных к непрерывному лечению, психологической подготовки больного, отбора больных.

**ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада (2006-2008жж) 3 жыл аралығында Жамбыл облысында құрылымдық сараптама бойынша талдаудың жағымсыз нәтижелерінің себебі, ауруханада орташа мерзімде болуы, емдеу кезеңдері, КДТ ТБ науқастарын екінші қатардағы препараттармен емдеу тиімділігінің талдауы келтірілген. КДТ ТБ науқастарын емдеудің тиімділігі ДСТ дер кезінде қойылуына,

науқастың емді дұрыс қабылдауына және емдеу тиімділігінің сапалы мониторингісіне байланысты болады.

**РЕЗЮМЕ**

В статье представлен полный анализ эффективности лечения препаратами второго ряда больных МЛУ ТБ за 3 года (за 2006-2008 г.г.) в Жамбылской области, структура по диагнозам, этапы лечения, среднее пребывание в стационаре, исходы, анализ причин неблагоприятных исходов. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ зависит от своевременности постановки ТЛЧ, приверженности больного и качественного мониторинга эффективности лечения.

**SUMMARY**

In this paper comprehensive analysis of effectiveness of the treatment with anti-TB drugs of the second line for patients with MDR TB for 3 years (for 2006-2008) in Zhambylskaja oblast by diagnoses, stages of treatment, average staying in clinics, outcomes, analysis of reasons of failure is given. Effectiveness of treatment of patients with MDR TB depends on timely drug sensitivity testing, adherence of a patient for the treatment and qualitative monitoring of treatment effectiveness.

## ВЛИЯНИЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА НА ИММУНИТЕТ У ИНФИЦИРОВАННЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

*Камзина Б.Г., Имантаева М.К., Сабазбекова А.М.,  
Колдасова Ш.С., Манкешова З.Ж., Тумашева Н.И.  
Детский противотуберкулезный санаторий № 1, Алматы*

Туберкулез - одно из наиболее распространенных заболеваний на земле. По данным ВОЗ, ежегодно в мире заболевает более 8 млн. человек, из которых более 3 млн умирает, более 2 млрд. населения земного шара инфицированы туберкулезом. Туберкулезом заболевают и взрослые, и дети. Особенно подвержены заражению дети раннего возраста и подростки в силу физиологических особенностей организма в таких возрастах. У взрослых он развивается в основном в результате эндогенной инфекции, поэтому борьба с туберкулезом должна предусматривать его искоренение, прежде всего, среди детей.

Давно известно, что туберкулез - социальное заболевание. Не полноценное питание, неблагоприятные материально бытовые условия, экологическое неблагополучие, высокая заболеваемость туберкулезом среди взрослых людей, интеркуррентные заболевания у детей ослабляют иммунитет и способствуют инфицированию [1-5].

Особое внимание надо уделять физическому развитию детей с раннего возраста, так как фундамент здоровья закладывается именно в дошкольном возрасте, а основой здоровья является правильное, полноценное, рациональное питание, так как энергетические затраты организма восстанавливаются за счет веществ, поступающих в организм с пищей.

О благоприятном влиянии козьего молока организма человека знали еще наши предки. Козье молоко сотни лет считается эликсиром жизни и средством от многих болезней. В древности, хотя врачи не знали физико-химических и биологических свойств козьего молока, его использовали для лечения чахотки, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, анемии, при потере зрения, рахите, диатезе, для укрепления костей, как общеукрепляющее средство, которое способствует восстановлению организма после тяжелых болезней, стрессов и физических нагрузок, выведению радионуклидов и солей тяжелых металлов. В трудах Авиценны отмечено, что регулярное употребление козьего молока избавляет от «старческого маразма».

Учитывая эти факторы, мы решили изучить действие козьего молока на организм часто болеющих детей, инфицированных туберкулезом.

Цель - изучение влияния козьего молока на иммунитет часто болеющих инфицированных туберкулезом детей.

В последние годы ученые дальнего и ближнего зарубежья, а также ученые Института питания Казахстана, под руководством профессора, д.м.н. Шарманова Т.Ш., начали изучение свойств козьего молока и научно доказали, что по своему физико-химическому составу и биологическим свойствам козье молоко выгодно отличается от коровьего молока и молока других сельскохозяйственных животных. Некоторые из них стоит особо отметить:

- Прежде всего, козы не болеют туберкулезом, бруцеллезом и другими заболеваниями, которыми болеют коровы;

- козье молоко по своей природе сродни женскому, так как содержит много бета-казеина, необходимого для укрепления и развития костной системы;

- оно не содержит белка альфа-1с-казеина, который вызывает аллергию и входит в состав коровьего молока;

- в нем больше содержание сиаловой кислоты, которая входит в структуру барьеров иммунитета организма;

- в нем много калия, который благотворно влияет на работу сердечнососудистой системы;

- содержание кобальта в 6 раз больше, элемента, который входит в состав В12, отвечает за кроветворение и контролирует обменные процессы организма;

- в нем низкое содержание лактозы – около 13%;

- ему присуще высокое содержание ненасыщенных жирных кислот, которые обладают уникальной метаболической способностью улучшать обмен веществ и повышать защитные функции организма, способностью всасываться в кишечнике без участия желчных кислот непосредственно в венозную сеть, минуя лимфатические капилляры и на 100% усваиваются в организме;

- целебным является лактобациллин, выделенный Мечниковым из йогурта козьего молока, который применяется при заболеваниях желудочного тракта, включая дисбактериоз;

- в козьем молоке много лизоцима - вещества, которое обладает ранозаживляющим свойством.

Учитывая вышеуказанные ценные свойства козьего

го молока, мы решили, совместно с Институтом питания Республики Казахстан, провести исследования в нашем санатории для лечения, и оздоровления детей, состоящих на диспансерном учете противотуберкулезных учреждениях г. Алматы.

В санатории, рассчитанном на лечение 175 детей от 0 до 15 лет, имеется 75 коек для детей от 0 до 7 лет (дошкольники) и 100 коек для детей школьного возраста.

В санаторий поступают дети из 4-х туберкулезных диспансеров г. Алматы

Исследование проводилось на базе дошкольного отделения детского противотуберкулезного санатория № 1.

Всем детям при поступлении санаторий проводилось полное клинико-лабораторное и рентгенологическое томографическое исследование, а также антропометрия. Всего под наблюдением было 40 детей, в том числе из райтубдиспансеров.

**Таблица 1 - Распределение детей по районам**

| Районы      | Возраст |     |     |       |
|-------------|---------|-----|-----|-------|
|             | 0-3     | 4-5 | 6-7 | всего |
| Ауэзовский  | 2       | 5   | 3   | 10    |
| Медеуский   | 2       | 2   | 3   | 7     |
| Турксибский |         | 6   |     | 6     |
| Жетысуйский | 3       | 6   | 8   | 17    |
| ИТОГО       | 8       | 19  | 14  | 40    |

Как видно из таблицы, преобладают дети 4-7 лет, в периоде угасания иммунитета в организме против туберкулеза. Девочек - 12, мальчиков - 28.

Дети в санаторий поступают для продолжения лечения, изоляции из очагов туберкулезной инфекции, а также для оздоровления.

**Таблица 2 - Распределение детей по формам и по возрастам**

| Фомы                                  | Возраст |     |     |       |
|---------------------------------------|---------|-----|-----|-------|
|                                       | 0-3     | 4-5 | 6-7 | всего |
| Туб. в/грудных л/узлов в ф. инф. МБТ- |         | 1   |     | 1     |
| Виразж + контакт                      | 3       | 9   | 5   | 17    |
| Тубинфицированные+ контакт            | 1       | 4   | 4   | 9     |
| Контакт МБТ+, МБТ-                    | 3       | 4   | 6   | 13    |
| ИТОГО                                 | 7       | 18  | 15  | 40    |

Из 40 детей в контакте с больными туберкулезом были 21 (52,5%). Неудовлетворительные семейно-бытовые условия, проживание на квартирах, неполная семья (одна мама) выявлены у 27 (67,5%) детей. У всех детей наблюдался дефицит веса на 1 - 2 кг, за счет неполноценного питания и сопутствующих заболеваний.

Почти у всех поступивших больных были различные сопутствующие заболевания, влияющие на иммунитет организма.

**Таблица 3 - Сопутствующие заболевания**

| Названия              | Всего | %     |
|-----------------------|-------|-------|
| Кариес                | 25    | 62,5  |
| ОРВИ, фарингит, ринит | 15    | 37,5  |
| Бронхит               | 2     | 5,0   |
| Анемия                | 6     | 15,0  |
| ДЖП                   | 6     | 15,0  |
| ИТОГО                 | 60    | 150,0 |

Как видно из таблицы, сопутствующие заболевания составили 150,0%, из них 62,5% - кариес зубов, из-за чего неполноценное пережевывание пищи способствует возникновению сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, анемии, а также других заболеваний.

Питание в санатории полноценное, сбалансированное, 6-разовое, дополнительно дети получают кукурузу, шубат, кефир, коровье молоко.

Детям, отобраным на исследование, коровье молоко исключили.

Наряду с основным лечением всем детям назначили козье молоко по 200,0 мл один раз в день, в тетрапакетах, с трубочкой и хорошим сроком годности. Молоко на вкус приятное, без запаха, дети пили с удовольствием, в течение двух месяцев.

За период наблюдения нами установлено, что:

- самочувствие детей резко улучшилось;
- прибавка в весе составила 0,5 - 1,0 кг;
- гемоглобин крови в течение месяца увеличился с 99 г/л до 105-110г/л;
- у детей, принимающих ранферрон, побочные действия, такие как запор, у некоторых детей исчезли;
- дети, которые поступили с диагнозом ДЖП (6 человек) - жалоб не предъявляли;
- дети с сопутствующими заболеваниями, такими как ОРЗ, ОРВИ, фарингит, быстрее выздоравливали.

За период употребления козьего молока побочных реакций на него не выявлено.

**Выводы**

1. Диетические свойства козьего молока дают возможность использовать его как ценный пищевой продукт для повышения иммунной системы организма при многих заболеваниях.

2. Употребление козьего молока, особенно ценно при болезнях, вызванных вирусной инфекцией, которые резко ослабляют организм, для восстановления иммунного статуса.



3. Содержание в козьем молоке большого количества кобальта способствует быстрому восстановлению гемоглобина в сочетании с препаратами железа.

4. Снимает побочные реакции на препараты железа.

#### Литература

1. Синявский Ю.А. Значение и польза козьего молока в питание человека. Казахская академия питания.

2. Институт питания РАМН. Козье молоко в питании здорового ребенка.

3. Шакиева Р.А. О лечебных свойствах козьего молока – Казахская Академия питания.

4. Воронцова И.М., Мазурина А.В. Справочник по детской диететике. –М., 1977.- 324с.

5. Кисляковская В.Г. и др. Питание детей раннего и дошкольного возраста. - М., 1978.

6. Шебанов Ф.В. Туберкулез. - М., 1981. – 326.

#### ТҰЖЫРЫМ

Әр түрлі қосымша ауруы бар ағзадағы қорғаныс күші әлсіреген, туберкулезбен ауыратын балаларға ешкі сүтін тұтыну кезінде ағзаға қандай әсер тигізетініне сараптама жасалды. Бұл сараптама Алматы қаласының №1 туберкулезге қарсы балалар шипажайында өткізілді. Келтірілген сараптамаға клиникалық зертханалық, рентгендік- томографиялық және антропометрикалық зерттеулердің толық түрі өткізілетін 7 жасқа дейінгі 40 бала кіргізілді. Ешкі сүтімен емдеу күн сайын бір рет 200мл көлемінде тағайындалған. Осындай сараптама жүргізілген мерзімде мынадай нәтижені көрсетті: балалардың көңіл күйінің көтерілгені, 1-2 кг салмақ қосқаны, бір ай ішінде гемоглабиннің көтерілгені, ағзаның әр түрлі қосымша аурудан сауыққандығы мен балалар ағзасына ешкі сүтінің пайдалы әсері бар екені дәлелденді.

#### РЕЗЮМЕ

Авторами был проведен эксперимент для определения действия употребления козьего молока на организм тубинфицированных детей с ослабленным иммунитетом, имеющих различные интеркуррентные заболевания. Экспериментальное исследование проводилось на базе детского противотуберкулезного санатория №1 г. Алматы. В эксперимент было включено 40 детей дошкольного возраста (до 7 лет), которым проводилось полное клинико-лабораторное, рентгеномографическое и антропометрическое исследование. Лечение козьим молоком назначалось ежедневно однократно в количестве 200 мл. За период проведения эксперимента получены следующие результаты: улучшение самочувствия детей, прибавка в весе на 1-2 кг, повышение гемоглобина в течение месяца, более быстрое излечение от интеркуррентных заболеваний, что является несомненным доказательством благотворного влияния козьего молока на детский иммунитет.

#### SUMMARY

An experience for determination of the effect of goat milk on the organism of children infected with tuberculosis having the immunity suppressed and different intercurrent diseases has been conducted by the authors of this paper. The experience has been conducted on the base of TB sanatorium for children n.1 of Almaty. Forty children of preschool age (up to 7 years old) have been included which were conducted the comprehensive clinical and laboratory investigation and roentgenotomographic examination and, also the anthropometric measurement. Treatment with goat milk was administrated by 200 ml one time a day. During period of experience results were obtained as followed: improvement of self-filling, addition in body mass by 1 to 2 kg, increase in hemoglobin content during 1 month, faster healing from intercurrent diseases that is the indisputable proof of the favorable influence of goat milk on children immunity.

## РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ, ХОСПИСОВ И БОЛЬНИЦ СЕСТРИНСКОГО УХОДА

*Назирова Н.И., Бабанова З.Ж.  
ДККМФД по Акмолинской области МЗ РК*

В рамках осуществляемого Министерством здравоохранения Республики Казахстан пилотного проекта по оптимизации больничного дела в ряде областей

республики и предлагается данная статья, которая позволит ускорить преобразования на местах.

Оптимизация больничного сектора – назревшая

необходимость. Количество коек превышает международный стандарт в 2 раза и более и внедрение ЕНСЗ, когда осуществляется финансирование случая заболевания, а не само количество коек, показало, насколько сегодня потребность в них снижена.

Наличие свободных коек, необоснованная госпитализация говорит о низкой активности и отсутствии знаний по менеджменту у руководителей управления здравоохранения и медицинских организаций на местах.

К тому же имеет место неудовлетворенность населения по случаям отказов в госпитализации, короткого срока пребывания в больницах.

Лечение в стационарах предполагает, что больному необходима экстренная или плановая помощь, когда участие медицинского персонала требует круглосуточного наблюдения за ним, до исключения тех факторов, которые на период острого состояния угрожают его жизни.

Для удовлетворения населения качеством оказываемых услуг в стационарах необходимо проанализировать эффективность работы коек, заболеваемость и смертность по профилям заболеваний, просчитать прогноз потребности, исключить дублирование профилей отделений в больницах одного населенного пункта и провести оптимизацию путем реструктуризации имеющейся мощности и открытия недостающих структур по реабилитации и паллиативной помощи.

К сожалению, сегодня администрация больниц переключилась на исполнение предельных объемов без их анализа и прогнозного просчета развития стационарозамещающих технологий. И требуемый не первый год переток средств с круглосуточных стационаров на уровень ПМСП практически не ощутим. При таких медленных темпах оптимизации больничного сектора достижение поставленных задач по приближению Казахстана к международным стандартам маловероятно.

Отсутствие понимания на уровне руководства управления здравоохранения и главных врачей больниц говорит об отсутствии знаний по менеджменту управления здравоохранением.

На сегодня практически не развиты службы реабилитации, паллиативной помощи – хосписы, больницы сестринского ухода.

Реабилитационные центры, больницы восстановительного лечения нужны пациентам после этапа интенсивного лечения в остром периоде заболевания, тогда процесс выздоровления будет ощутимее для больного. Не раз поднимается Министерством здравоохранения РК вопрос об открытии хосписов, больниц сестринского ухода. Для этого сегодня есть возможности в каждом регионе, при этом данный процесс

осуществим в рамках действующего коечного фонда.

Реабилитация особенно нужна больным с врожденной и приобретенной неврологической, сердечно-сосудистой патологией, после переломов и травм черепно-мозговой системы.

Статистика показывает о позитивной динамике продолжительности жизни, росте числа пожилых людей, а также о наличии заболеваний, где не требуется, в силу запущенности процесса, специфического лечения и операции. Но пока бьется сердце – есть жизнь. И долг медицинского работника оказать медико-социальную помощь, при которой симптоматическая терапия является уделом медицинского работника, а социальный аспект представлен блоком функций психологов, социальных работников, нянечек.

Встает вопрос об увеличении числа медицинских сестер, психологов, социальных работников, но это возможно при наличии в достаточном количестве медицинских СУЗов в стране.

Среди медицинской общественности стоит дилемма – обсуждаема ли смерть? Полагаю, что врачам нужно уметь говорить с больным об исходе на любой стадии его заболевания, в том числе – и смерти. Когда больные к этому не готовы, нужны хосписы, где они не будут переживать это в одиночестве.

К сожалению, мы не можем не говорить о создавшемся резервуаре неизлечимых больных туберкулезом. С целью сохранения здоровья общества и предупреждения инфицированности населения, роста заболеваемости ШЛУ ТБ, в регионах открыты хосписы (отделения) при противотуберкулезных больницах (диспансерах) для изоляции больных туберкулезом с бактериовыделением с суперрезистентной формой заболевания. Но это должны быть охраняемые больницы с хорошим ограждением, чего не скажешь о большинстве тех, что открыты.

Также реальность свидетельствует об устаревшем парке физиотерапевтического оборудования и, поскольку имеется тенденция к развитию этого направления, для оснащения реабилитационных центров, поликлиник (отделений) нужна программа по развитию реабилитационной службы в стране, которая позволит закрыть эту негативную нишу.

В любом регионе есть контингент одиноких лиц, имеющих букет хронических заболеваний, из-за которых качество жизни очень сильно страдает. Эти люди нуждаются в медико-социальной помощи. Для этого достаточно создать больницы сестринского ухода, где не требуется врачебный персонал на постоянной основе. Симптоматическая терапия, внимание социальных работников и уход нянечек обеспечат им жизнь без страдания и одиночества.

Все вышеизложенное сказано для доказательства

того, что, в рамках начатой оптимизации больничного дела в стране, действующих предельных объемов, можно провести очень эффективную реструктуризацию. И тогда на каждом уровне стационарного лечения пациенты будут получать необходимую качественную медицинскую помощь, и потребность населения во всех ее проявлениях будет удовлетворена.

### ТУЖЫРЫМ

Бұл мақалада республикамызда, облыстарда ауруханалық істің үйлесімділігі туралы және туберкулез бойынша іс шараларды нығайтудың жағдайлары айтылады. Туберкулез – бұл адам өміріне қатты қауіп төндіретін созылмалы аурулардың бірі болып табылады. Туберкулезбен ауыратын науқастар медициналық-әлеуметтік көмекті қажет етеді. Медициналық көмектің шеңберіне қайта құрылымның тиімділігі, аурухана желісіндегі мейірбикелік күтім, паллиативтік көмектің-хоспистері жатады, сонда ғана стационарлық емдеудің әрбір деңгейінде науқастар қажетті сапалы медициналық көмекті ала алады.

### РЕЗЮМЕ

В данной статье говорится об оптимизации больничного дела в ряде областей республики и предлагается провести преобразования, которые позволят

улучшить ситуацию по туберкулезу местам. Туберкулез – одно из хронических заболеваний, из-за которых качество жизни больных сильно страдает. Эти люди нуждаются в медико-социальной помощи. В пределах действующих объемов медицинской помощи, можно провести очень эффективную реструктуризацию, создав сеть больниц сестринского ухода, службы реабилитации, паллиативной помощи – хосписы. И тогда на каждом уровне стационарного лечения пациенты будут получать необходимую качественную медицинскую помощь.

### SUMMARY

In this paper the matter is how conduct the optimization of the hospital business in the number of oblasts of the republic, and transformation to be done which allow improving the situation in the spot. Tuberculosis is one of the chronic diseases from which the quality of the life of patients greatly suffers. These persons are needed in the medical and social support. In the limits the the existing volumes of the medical assistance the very effective restructurization can be realized through development of the network of nurse care hospitals, rehabilitation service, hospice for palliative treatment. Thus, patients will be covered with the available qualitative health care.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО ПРЕПАРАТА РИМСТАР В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Шаймуратов Ш.Ш.*

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г. Алматы*

Повышение эффективности лечения больных туберкулезом – одна из приоритетных проблем фтизиатрии. Основной путь для ее решения – подавление микобактериальной популяции путем применения контролируемой химиотерапии укороченной длительности с использованием наиболее активных противотуберкулезных препаратов и современных схем химиотерапии. ВОЗ и Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями рекомендуют замену сочетанной терапии на лечение комбинированными препаратами с фиксированными дозами (КПФД) [1]. Появилось ряд работ, посвященных успешному приме-

нению КПФД в клинике туберкулеза [2]. Вместе с тем, существует проблема лечения больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом [3-5]. У нас имеется опыт применения 3-компонентного препарата Римкур в лечении 2-х патологий [2].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности 4-х компонентного препарата Римстар 4-ФДС у впервые выявленных больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом.

В связи с поставленной целью нами на базе легочно-терапевтического отделения №3 Национального центра проблем туберкулеза РК проведено на-

блюдение за 30 больными с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом, которым в интенсивную фазу химиотерапии проводилось лечение препаратом Римстар 4-ФДС по режиму 1 категории.

В контрольную группу вошло 30 больных с впервые выявленным туберкулезом легких без диабета, также получавших римстар.

Из обследованных лиц мужчин было 31(51,7%), женщин – 29(48,3%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 15(25,0%), 30-39 лет – 21 (33,3%), 40 лет и старше – 24(40,0%) больных. В 100% случаев у больных выявлен впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких, в соответствие с поставленной целью, в сочетании с сахарным диабетом 2 типа (основная группа).

Многокомпонентный противотуберкулезный пре-

парат Римстар 4-ФДС производства Индия, содержит в своем составе 4 противотуберкулезных препарата: изониазид (75мг), рифампицин (150мг), пипразинамид (400мг) и этамбутол (275 мг). В соответствии с инструкцией к применению, препарат принимался внутрь за 1 час до еды. Курс лечения в среднем составил 3-4 месяца.

Критериями эффективности химиотерапии являлись традиционно: сроки исчезновения симптомов интоксикации и прекращение бактериовыделения.

До начала лечения у 49(81,7%) больных обеих групп отмечались: повышение температуры, кашель, хрипы в легких. На 3-4 неделях от начала специфической терапии отмечалась положительная динамика купирования симптомов интоксикации, которая представлена в таблице 1.

**Таблица 1 - Динамика исчезновения симптомов интоксикации**

| Группы больных   | Из них с интоксикацией | Исчезновение интоксикации, дни |        |        |          |
|------------------|------------------------|--------------------------------|--------|--------|----------|
|                  |                        | 10                             | 20     | 30     | Всего    |
| Основная (30)    | 25 83,3                | 11 44,0                        | 5 20,0 | 3 12,0 | 19 76,0  |
| Контрольная (30) | 24 80,0                | 16 66,7                        | 6 25,0 | 2 8,3  | 24 100,0 |
|                  | p                      | > 0,05                         | > 0,05 | > 0,05 | <0,05    |

Интоксикационный синдром к окончанию 1 месяца исчез у 19 (76,0%) больных основной группы и 24(100,0%) больных контрольной группы. У остальных 6 (24,0%) больных основной группы симптомы интоксикации были устранены к 50 дню от начала химиотерапии. Темпы исчезновения симптомов интоксикации были более ускоренными у больных туберкулезом без диабета. Так, к 10 дню интоксикация купирована у 11 (44,0%) больных основной группы и у 16 (66,7%) кон-

трольной; к 20 дню – соответственно у 7 (25,9%) больных основной группы и 6 (25,0%) контрольной группы; к 30 дню – у 3 (12,0%) больных основной группы и 2 (8,3%) контрольной.

До начала лечения все больные были бактериовыделителями. В результате лечения изучены сроки негативации мокроты по месяцам, которые представлены в таблице 2.

**Таблица 2 - Конверсия мазка у впервые выявленных больных туберкулезом легких**

| Группы больных | Число больных МБТ+ до лечения | Конверсия мазка по месяцам |         |        |         | Число больных МБТ+ после лечения |
|----------------|-------------------------------|----------------------------|---------|--------|---------|----------------------------------|
|                |                               | 2                          | 3       | 4      | Всего   |                                  |
| Основная       | 30                            | 7 23,3                     | 10 33,3 | 5 16,4 | 22 73,3 | 8 26,7                           |
| Контрольная    | 30                            | 18 60,0                    | 7 23,3  | 2 6,7  | 27 90,0 | 3 10,0                           |
|                | P1                            | < 0,05                     | > 0,05  | < 0,05 | > 0,05  | > 0,05                           |

Как видно из таблицы 2, негативация мокроты в целом наступила у больных основной группы в 22 (73,3%) случаях, у больных контрольной группы - в 27 (90,0%). При анализе темпов конверсии мазка нами выявлено, что ко 2 месяцу она в основной группе в 2,5 раза достоверно наступила медленнее, чем в контрольной. Так, негативация мокроты у больных основной группы отмечена в 7 (23,3%) случаях и в 18 (60,0%) - контрольной группы. К 3 месяцу прекращение бактериовыделения соответственно констатировано в 33,3% и 23,3% случаев, а к 4 месяцу конверсия мазка отмечена в 16,4%

случаев основной группы и в 6,7% - контрольной.

Побочные реакции на Римстар 4-ФДС у больных основной группы отмечены в 5 (16,7%) случаях (в 3 случаях они проявлялись головными болями, в 2-х – тошнотой и болями в левой эпигастральной области). Лекарственные осложнения были устранены после назначения симптоматических средств. Нежелательные явления на Римстар в виде кожных высыпаний отмечены в 2(6,7%) случаях контрольной группы, которые после назначения десенсибилизирующих средств также исчезли.

Таким образом, лечение препаратом Римстар 4-ФДС достаточно эффективно при лечении как туберкулеза легких без сахарного диабета, так и в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Побочные реакции на препарат, возникшие в интенсивной фазе лечения, носят устранимый характер.

### Литература

1. Практические рекомендации для национальных программ по борьбе с туберкулезом по внедрению и использованию КПФД - ВОЗ, Женева 2002.-89с.
2. Смаилова Г.А. Пути повышения эффективности лечения впервые выявленного туберкулеза легких в условиях напряженной эпидемиологической ситуации: Дис... д-ра мед. наук.- Алматы, 2001.-237с.
3. Смаилова Г.А., Шаймуратов Ш.Ш., Сагинтаева Г.Л. Опыт применения многокомпонентного препарата римкур 3-ФДС в лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом //I Конгресс фтизиатров Казахстана: сб. науч тр.- Алматы, 2004.- С.196-197.
4. Смаилова Г.А., Ракишев Г.Б. Туберкулез легких и сахарный диабет.- Алматы, 2007.-88 с.
5. Карачунский М.А., Каминская Г.О., Черных Н.А. и др. //Пробл. туб. и болезней легких.- 2008.- С.48-51.
6. Турдумамбетова Г.К. Эффективность краткосрочных курсов химиотерапии туберкулеза легких у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Бишкек, 2011.-21 с.

### ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2 топқа бөлінген өкпе туберкулезі алғаш анықталған 60 науқасқа бақылау жасалған көрсеткіші келтірілген: негізгі топқа кірген 30 науқаста ілеспелі қант диабетімен өкпе туберкулезі алғаш анықталғандар болса, бақылау тобында ілеспелі ауру табылмаған өкпе туберкулезімен алғаш ауырған 30 науқас жатады. Қарқынды кезеңмен ем алатын барлық науқастарға 1 санат тәртібі бойынша 4 ФДС римстар препаратымен ем жүргізілген. Барлық науқастарда өкпенің инфильтративті туберкулезі алғаш анықталған және негізгі топтағы науқастарда қант диабетінің 2 түрі белгілі болған. Осыған байланысты препарат тамаққа дейін бір сағат бұрын ішуге арналған. Орташа емдеу курсы 3-4 айлық. Негізгі топтағы науқастардың қақырық жағындысының конверсиясы 22 науқаста (73,3%), кездессе бақылау тобындағы 27 науқаста (90,0%) анықталған. Жағынды конверсиясын талдау кезінде 2 ай ішінде бақылау тобынан қарағанда негізгі топта 2,5 есе аздау болған: римстар бойынша негізгі топтағы науқастардың анықталмаған қақырық жағындысы 7 (23,3%) болса, бақылау тобында 18 (60,0%) табылған. Негізгі топтағы науқастардағы жанама әсер белгісі 5

(16,7%) анықталса, бақылау тобында 2 (6,7%) көрсетті.

### РЕЗЮМЕ

Проведено наблюдение за 60 больными с впервые выявленным туберкулезом легких, которые были разделены на 2 группы: в основную группу вошли 30 человек с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом, в контрольную – 30 человек с впервые выявленным туберкулезом легких без диабета. Всем больным в интенсивную фазу химиотерапии проводилось лечение препаратом римстар 4 ФДС по режиму 1 категории. У всех больных диагностирован впервые выявленный инфильтративный туберкулез легких. У всех больных основной группы диагностирован сахарный диабет 2 типа. Препарат принимался внутрь за 1 час до еды. Курс лечения в среднем составил 3-4 месяца. Конверсия мазка мокроты в целом наступила у больных основной группы в 22 (73,3%) случаях, у больных контрольной группы - в 27 (90,0%). При анализе темпов конверсии мазка нами выявлено, что ко 2 месяцу она в основной группе в 2,5 раза достоверно наступила медленнее, чем в контрольной: так, негативация мокроты у больных основной группы отмечена в 7 (23,3%) случаев и в 18 (60,0%) контрольной группы. Побочные реакции на римстар у больных основной группы отмечены в 5 (16,7%) случаях, у больных контрольной - в 2 (6,7%).

### SUMMARY

We conducted the observation of 60 patients with newly detected pulmonary tuberculosis which were divided in two groups: the main group (30 patients) with newly detected pulmonary tuberculosis associated with diabetes mellitus and the control group (30 patients) with newly detected pulmonary tuberculosis without diabetes mellitus. In the intensive phase all the patients were implemented the treatment with Rimstar (fixed doses 4 components drug) under DOT regimen category I. Newly detected infiltrative pulmonary TB was diagnosed in all patients. Diabetes mellitus by type II was stated in all patients of the main group. The drug was taken per os 1 hour before eating. Duration of the treatment regimen was 3 or 4 months on average. In general sputum smear conversion occurred in 22 (73.3%) cases of the main group. It did in 27 (90.0%) cases in patients of the control group. At analyzing the speed of conversion we revealed that by 2nd month reliably it was going by 2 times more slowly in the main group than in the control one: thus negativation of sputum smear in patients of the main group was marked in 7 (23.3%) cases while it did in 18 (60.0%) patients of the control one. Adverse reactions for Rimstar in patients of the main group were marked in 5 (16.7%) cases while it did in 2 (6.7%) cases of the control group.

## СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У ГОДОВОЛОГО РЕБЕНКА

**Кастыкпаева Л. В.**

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г. Алматы*

Представлен случай генерализованного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у ребенка в возрасте 1 год из контакта с матерью, больной МЛУ ТБ, как контактный не наблюдался, химиопротифактическое лечение не получал.

Вопрос инфицированности и заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков остается одним из наиболее важных во фтизиопедиатрии [1, 2]. Проблема роста инфицированности и заболеваемости туберкулезом детей и подростков из тесного семейного контакта достаточно широко освещена в литературе [3, 4]. Авторы показывают, что инфицированность и заболеваемость туберкулезом среди детей из очагов туберкулезной инфекции выше, чем у детей, у которых не установлен источник заражения.

На возникновение заболевания у детей, находящихся в контакте с больным, влияют не только массивность бактериовыделения и продолжительность контакта с источником, но другие факторы: возраст ребенка и своевременная изоляция его из очага, качество химиопротифактики и проведение вакцинации и ревакцинации БЦЖ [5]. У лиц, проживающих в непосредственном контакте с бактериовыделителями, заболеваемость туберкулезом в 4-6 раз выше, чем у остального населения [6, 7, 8, 9, 10].

Показатель заболеваемости детей из контакта с больным туберкулезом, по данным Шиловой М.В., составил в 2004 году 505,5 на 100 000 этой группы, что более чем в 30 раз превышает показатель заболеваемости туберкулезом детского населения в 2004 году – 16,1 на 100 000 детского населения. У подростков – 1311,9 и 35,9 на 100 000 подростков соответствующих групп. Эти данные требуют усиленного диспансерного наблюдения за пациентами из очагов туберкулезной инфекции и дальнейшего усовершенствования режимов химиопротифактики.

На современном этапе среди заболевших детей и подростков выявляется лекарственная устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам от 42,7 – 78,8% случаев [11]. Среди детей и подростков распространение лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза происходит в очагах туберкулезной инфекции [12].

В связи с этим большее значение приобретает изучение особенностей наблюдения за детьми и подростками из очагов с лекарственной устойчивостью.

Приводим пример генерализованного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у годовалого ребенка, родившегося от матери, больной МЛУ ТБ.

Больной К. – 1 год. Клинический диагноз: Милиарный туберкулез. Первичный туберкулезный комплекс верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации (по типу казеозной пневмонии). Туберкулез шейных лимфатических узлов, свищевая форма, активная стадия. Ателектаз S2 правого легкого. МБТ+. НС. МЛУ ТБ. IV категория. Сопутствующий диагноз: Перинатальная энцефалопатия. Анемия I степени. Рахит II степени.

Из анамнеза жизни и заболевания: мальчик от II беременности и родов. Родился в срок, закричал сразу. Вес при рождении 2600г., рост 45 см. На искусственном вскармливании с месячного возраста. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ. Профилактические прививки по календарю. Вакцинирован в роддоме на 4-ые сутки, рубчик БЦЖ – 2 мм.

Ребенок из очага МЛУ ТБ, у мамы мальчика через один месяц после родов впервые выявлен туберкулез при флюорографическом обследовании. После выявления заболевания у матери ребенка забрала с собой в другую область бабушка. При этом следует отметить, что бабушка скрыла наличие контакта с больной матерью.

В октябре 2010 года впервые увеличились шейные лимфатические узлы с обеих сторон. После обследования был направлен на лечение в районную больницу с подозрением на острый лейкоз, где находился в течение двух недель. Несмотря на проводимое лечение, состояние ребенка ухудшилось, появились симптомы интоксикации в виде повышения температуры тела до 39 градусов, слабости, недомогания, шейные лимфатические узлы увеличились в размере, в связи с чем ребенок был переведен в областную больницу, где получал антибактериальное и симптоматическое лечение по поводу правосторонней пневмонии в течение одного месяца. Состояние после лечения несколько улучшилось, нормализовалась температура тела, но шейные лимфатические узлы не уменьшились в размерах, рентгенологически динамики не было. После проведения компьютерной томографии был консультирован хирургом и фтизиопедиатром. С диагнозом: Милиарный туберкулез. Первичный туберкулезный комплекс верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации (по типу казеоз-

ной пневмонии). Туберкулез периферических лимфатических узлов, казеозно-некротическая форма, активная стадия - был госпитализирован в противотуберкулезный диспансер. Больному было назначено лечение по I категории Н-0,05; R- 0,075; Z – 0,2; S -150. Микроскопически и посевом из содержимого из л/узла от 22.01.2011г. выявлены МБТ. ТЛЧ - устойчивость к 4 ПТП: Н-1; R-40; S-10; E-5.

После заочной консультации был переведен в НЦПТ МЗ РК для лечения препаратами второго ряда.

При поступлении состояние тяжелое. Отмечались выраженные симптомы интоксикации в виде бледности кожных покровов, слабости, повышения температуры тела до 38,0 и дыхательной недостаточности. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес при поступлении – 7кг. Ребенок самостоятельно не мог встать на ноги из-за выраженной мышечной слабости в нижних конечностях.

При осмотре: кожные покровы бледные, слизистые влажные, язык обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное, с участием вспомогательной мускулатуры, раздуванием крыльев носа. Одышка смешанного характера, ЧДД – 40-50 в 1 мин. Отмечается резкое увеличение шейных лимфатических узлов: слева – 16x10мм, 6x6мм, 15x17мм, 10x9мм, 24x20мм; справа 14x13мм, 12x12, плотные, болезненные при пальпации. Аускультативно: в легких жесткое дыхание, справа дыхание ослабленное, там же выслушивались влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, ЧСС 120-125 ударов в минуту. Живот «лягушачий», умеренно вздут, перистальтика не нарушена. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5-2,5-3,0 см, плотноватой консистенции. Стул, мочеиспускание в норме.

Общий анализ крови при поступлении: гемоглобин – 106 г/л, лейкоциты – 21,7x10<sup>9</sup>, эритроциты – 3,78x10<sup>12</sup>, сегм. – 43%, лимф. – 54%, мон.-3%, СОЭ-13-32 мм/ч. В общем анализе мочи – уд. вес – 1005, лейкоциты-2-3, оксалаты- 3+. Биохимический анализ крови: умеренное повышение тимоловой пробы – 9,44 нмоль/л. Анализы мазка из зева на МБТ микроскопически и посевом – отрицательные. УЗИ органов брюшной полости: Диффузные изменения в паренхиме печени. Перетяжка в области шейки желчного пузыря. На УЗИ шейных лимфатических узлов – увеличение шейных лимфатических узлов, слева – 16x10мм, 6x6мм, 15x17мм, 10x9мм, 24x20мм; справа 14x13мм.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и томограммы через корень от 22.02.2010г. – В верхней доле правого легкого отмечается затенение средней интенсивности, неоднородной структуры с четким нижним контуром, связанное широкой бронхо-сосудистой дорожкой с расширенным правым корнем, головка корня увеличена. Главный и долевы бронх

проходимы; правый верхнедолевой бронх резко сужен, с неровными контурами S1-S2 – ателектазированы, S3 – гиповентилизированы. Деструкции легочной ткани не видно. Слева легкое прозрачное, левый корень структурный. Синусы свободные. Сердце без особенностей.

Больному назначено лечение после проведения ЦВКК препаратами второго ряда по схеме 12 CmOfxPtoCsZPAS18/ OfxPtoCsPAS: капреомицин – 0,3 в/м; циклосерин – 0,15; протионамид – 0,15; офлоксацин – 0,2; PAS – 1,0; пипразинамид – 0,3. Параллельно проводили патогенетическую и симптоматическую терапию. Консультирован детским фтизиоостеологом, лечение согласовано.

На поддерживающую фазу лечения ребенок был переведен 22.02.2011г.

В результате проводимой терапии отмечается положительная клиничко-лабораторно-рентгенологическая динамика: прибавил в весе + 5 кг, (в связи с чем дозировки ПБР были увеличены соответственно весу), купированы симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности. Стал ходить. Рентгенологически - положительная динамика в виде уменьшения тени в S 1-2 справа высокой интенсивности с включениями с четким нижним контуром. Реакция со стороны правого корня легкого также уменьшилась. На УЗИ органов брюшной полости – перетяжка в области желчного пузыря, на УЗИ шейных л/узлов – л/узлы размером 10x9мм, 6x6мм, 15x10мм слева и 10x9 мм справа. При пальпации сохраняется увеличенная печень 1,5x1,0x1,5см, плотноватой консистенции.

Переносимость препаратов второго ряда - удовлетворительная, лишь изредка отмечалась плаксивость, повышение тимоловой пробы и эозинофилия до 20%. В общем анализе крови до конца нахождения ребенка в отделении отмечался лейкоцитоз до 17,5 – 19,5x10<sup>9</sup>. В процессе лечения оперативно вскрыты 5 шейных лимфатических узлов (4 слева, 1 справа), один л/узел вскрылся самостоятельно. Казеозная масса из лимфатических узлов была направлена на исследование на МБТ, микроскопически - результат отрицательный, методом ВАСТЕС - результат положительный, подтверждена устойчивость к 4 ПТП, градация прежняя.

Общее состояние при выписке – удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски, слизистые розовые. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 20 в 1 мин. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1см, селезенка не пальпируется.

Ребенок выписан для продолжения лечения в поддерживающей фазе в противотуберкулезный диспансер по месту жительства

#### **Заключение**

Наличие тесного семейного контакта, ранний воз-

раст, поздняя диагностика, отсутствие преемственности между региональными противотуберкулезными учреждениями способствовали снижению устойчивости организма и развитию тяжелого генерализованного туберкулезного процесса.

Данный клинический случай указывает на недостаточную работу в очагах туберкулезной инфекции, в том числе низкий уровень санитарно-просветительной работы.

#### Литература

1. Аксенова В.А. // Пробл. туб.-2002.-№1.-С.6-9.
2. Фирсова В.А., Полуэктова Ф.П., Рыжикова А.П. и др. // Пробл. туб. и болезней легких.-2007.-№1.-С.61-64.
3. Поддубная Л.В., Шилова Е.П. // Пробл. туб.-2011.- №1.-С.11-16.
4. Аксенова В.А., Елуфимова Е.И. // Пробл. туб. -2001. - №1. - С. 58 -60.
5. Аксенова В.А., Лугинова Е.Ф. // Пробл. туб.-2003.-№1.-С.25-28.
6. Надыршина Р.К., Грызлова В.Г. и др. // Пробл. туб.-1988.-№8.-С.11-13.
7. Желнова Д.А., Фатыхова Р.Х. // Пробл. туб.-1996.-№4.-С.6-7.
8. Полушкина Е.Е. и др. // Пробл. туб.-1996.-№4.-С.7 - 9.
9. Аксенова В.А., Барышникова Л.А. Тактика наблюдения за детьми и подростками, инфицированными МБТ: Пособие для врачей. – М., 2003.-10с.
10. Аксенова В.А., Леви Д.Т., Клевно Н.И. и др. Туберкулез у детей и подростков: Учебное пособие. – М., - ГЭОТАР – Медиа – 2007.-272с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада КДТ ТБ науқасымен жанұялық тығыз қатынастағы анасымен бір жасар баладағы жайылған

туберкулез жағдайы келтірілген. Тығыз жанұялық қатынастың болуынан, бала жағынан, аурудың кеш анықталуынан, аймақтық туберкулезге қарсы мекеме арасында байланыстың болмағандығынан туберкулездің жайылған үрдісінің дамуына және ағзаның төзімділігінің төмендеуіне әкеліп соқты. Бұл клиникалық жағдай туберкулез жұқпасының ошақтарына жұмыстың жетіспеушілігі мен соның ішінде санитарлық-ағарту жұмыстарының төмен екенін көрсетеді.

#### РЕЗЮМЕ

В данной статье представлен случай генерализованного туберкулеза у годовалого ребенка из тесного семейного контакта с матерью, больной МЛУ ТБ. Наличие тесного семейного контакта, ранний возраст, поздняя диагностика, отсутствие преемственности между региональными противотуберкулезными учреждениями способствовали снижению устойчивости организма и развитию тяжелого генерализованного туберкулезного процесса.

Данный клинический случай указывает на недостаточную работу в очагах туберкулезной инфекции, в том числе на низкий уровень санитарно-просветительной работы.

#### SUMMARY

In this paper a case of generalized tuberculosis in a child of one year old from close family TB contact with mother suffered from MDR TB is present. The close family contact, absence of continuity between regional TB settings led to reducing resistance of his organism and developing the heavy generalized tuberculosis process. This clinical case demonstrates the insufficient work in the loci of tuberculosis infection including the ineffective sanitary advocacy.

## СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕВОЧКИ - ПОДРОСТКА В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ (случай из практики)

*Латанова Х.Е.*

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК*

Эффективное выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий позволило стабилизировать эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. За

период с 2008 по 2010г.г. отмечено снижение заболеваемости туберкулезом детей и подростков на 29,6% и 16,9% соответственно [1]. Однако проблема раннего



выявления туберкулеза остается актуальной, так как, несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом детей и подростков в РК, удельный вес деструктивных и осложненных форм в структуре контингента больных туберкулезом детей остается достаточно высоким (18,4) [3]. Результаты анализа эпидемиологической ситуации свидетельствуют о выявлении до 40,0% случаев больных туберкулезом детей и подростков при обращении в общую лечебную сеть [4]. Раннее выявление туберкулеза зависит непосредственно от выполнения комплекса клинических, рентгенологических, лабораторных методов обследования, который должен определяться возрастом пациента, степенью значимости факторов риска для развития туберкулеза и наличием синдрома общих нарушений [4]. Обязательным условием выполнения этих задач является межведомственная преемственность и интеграция организаций ПМСП и противотуберкулезной службы, высокий квалификационный уровень специалистов, эффективность выполняемой работы. При отсутствии этих условий заболевание выявляется поздно и с осложнениями.

Представляем случай поздней диагностики туберкулеза у подростка в результате неполноценного выполнения диагностического алгоритма и отсутствия настороженности по туберкулезу врачей общей сети.

Больная М.Ж., 17 лет, жительница города, выявлена по обращаемости. Контакт с туберкулезным больным не установлен. Знаков вакцинации БЦЖ нет. Считает себя больной в течение 1,5 лет с июля 2010г., когда она впервые обнаружила увеличение периферических подмышечных, надключичных групп лимфатических узлов справа. Неоднократно обращалась к разным специалистам по месту жительства с жалобами на увеличение размеров подмышечного лимфатического узла справа, повышение температуры тела. Была осмотрена хирургом, которым проводился курс неспецифической противовоспалительной терапии с диагнозом: Остеома. Эффекта не отмечалось, было лишь незначительное улучшение самочувствия. Консультировалась онкологом на предмет ЛГМ (лимфогранулематоза). Неоднократно проводилась пункционная биопсия увеличенного подмышечного лимфатического узла, был получен застойный гной, который не обследован бактериоскопически и культурально. На цитологии выявлены лимфоциты, лейкоциты, нейтрофилы, клеток опухоли не обнаружено. Однако гистологически материал не исследован, хотя, по данным Н.А.Охорзиной, при верификации туберкулеза периферических лимфоузлов у детей и подростков наиболее информативным является морфологическое исследование биоптатов лимфатических узлов. Затем была консультирована гематологом, направлена к инфекционисту в связи с сохранением ускоренного СОЭ крови и увеличенными лимфатическими узлами. В сен-

тябре 2010 года (3 месяц от начала заболевания) обращается с жалобами на кашель, периодический подъем температуры к подростковому врачу в поликлинику. Была проведена рентгенография органов грудной клетки, где рентгенологически заподозрен специфический процесс, так как на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлены изменения в виде инфильтративных теней в верхней доле левого легкого. Проводилось неспецифическое лечение по поводу левосторонней пневмонии. Консультирована фтизиатрами, внелегочным хирургом, и диагноз туберкулеза снят. На момент консультации туберкулинодиагностика не проводилась, данных бактериоскопии нет, нет томографического обследования. После проведенной терапии больная как перенесшая пневмонию не состоит на диспансерном учете ни у участкового врача, ни по «0» группе у фтизиатров. В динамике нарастают симптомы интоксикации, отмечается периодический субфебрилитет, потливость, потеря веса. С жалобами на дисменорею была осмотрена и обследована гинекологом. На УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения ткани печени. При обследовании органов малого таза на УЗИ обнаружен спаечный процесс органов малого таза. По поводу выявленных изменений проводилась неспецифическая противовоспалительная терапия. При неоднократном исследовании анализов крови у больной в течение 1,5 лет сохранялся высокий уровень СОЭ в пределах 30-45мм/час, в связи с чем подросток вновь консультирован в декабре 2011года онкологами и ему была проведена биопсия увеличенного надключичного лимфатического узла. При гистологическом исследовании биопсийного материала выявлено туберкулезное воспаление.

Таким образом, неполное обследование биопсийного материала, отсутствие контроля со стороны участкового врача, и со стороны специалистов ПМСП и ПТД, необоснованное снятие диагноза фтизиатрами привели к генерализации процесса. Для лечения больная поступает в НЦПТ в отделение для лечения детей и подростков с ТБ и МЛУ ТБ. Состояние при поступлении тяжелое. За счет выраженных симптомов интоксикации и обширности поражения больная лихорадит до 37,8 С<sup>0</sup>-38 С<sup>0</sup>, отмечается нечастый влажный кашель, малопродуктивный, с серозно-слизистой мокротой, выражена кахексия II степени, потливость, слабость. Правильного телосложения, резко пониженного питания. Кожные покровы бледные, эластичность кожи снижена, тургор тканей дряблый. Слизистые губ сухие, язык обложен тонким грязно-белым налетом. Периферические лимфоузлы пальпируются в 6 группах справа (затылочные, шейные, надключичные, паховые) до II-III размера, пальпаторно безболезненные,

множественные, подвижные. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены до 3,5x3,0x3,0см, 2,5x1,5x1,0см, слегка болезненные, мягкой консистенции, кожа над поверхностью лимфоузлов не изменена, температуры нет. Костно-суставная система без видимой деформации, движения суставов в полном объеме. В легких аускультативно слева дыхание ослабленное, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы в умеренном количестве, ЧДД 22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту. АД 100/70мм рт. ст. Живот мягкий, пальпаторно безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез не нарушены. Мenses в течение последнего полугодия нерегулярные. При дообследовании у больной рентгенографически выявлено специфическое поражение верхних долей обеих легких. При бронхологическом обследовании обнаружен инфильтративно-язвенный туберкулез верхнедолевого бронха слева с выраженной экссудативной реакцией, осложненный стенозом II степени устья Б-2 слева.

С диагнозом: Милиарный туберкулез. Инфильтративный туберкулез верхних долей легких. МБТ- Новый случай. Туберкулез периферических лимфатических узлов справа (затылочных, подмышечных, надключичных групп) казеозная форма, активная стадия. Инфильтративно-язвенный туберкулез верхнедолевого бронха слева с выраженной экссудативной реакцией, осложненный стенозом II степени устья Б-2 слева. Больная получает лечение в режиме I категории.

#### Выводы

Неполное обследование биопсийного материала, отсутствие контроля со стороны участкового врача, специалистов ПМСП и ПТД и необоснованное снятие диагноза туберкулеза привели к развитию у больной генерализованного процесса с осложненным течением.

Поздняя диагностика заболевания связана с отсутствием преемственности и интеграции межведомственных организаций, невыполнением полноценного объема исследований, отсутствием настороженности по туберкулезу специалистов ПМСП.

#### Литература

1. Охорзина Н.А. //Пробл. туб.-2003.-№1.-С.36-39.

2. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков. – М., 2007. – С 269.

3. Абилдаев Т.Ш. // Фтизиопульмонология.- 2011.-№2 (19).- 6-9 с.

4. Овсянкина Е.С. Новые диагностические и образовательные технологии во фтизиатрии и пульмонологии.- Алматы, 2003.-С13.

5. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан.- Алматы, 2011.-С.6 -5.

#### ТҰЖЫРЫМ

Биопсинді материалға толық тексеру болмағандықтан, БМСК мен ТҚД мамандары мен учаскелік дәрігердің бақылауы жетіспегендіктен туберкулез сараптамасын негізсіз туберкулез ауруы табылмады деп алып тастағандықтан туберкулезбен ауырған науқастың ауруы асқынып туберкулездің жайылған үрдісінің дамуына әкеліп соқты. Аурудың кеш анықталуы салааралық мекеменің бірлігі мен сабақтастығының болмағандығынан, зерттеудің толық орындалмағандығынан, БМСК мамандарының туберкулез жөнінде сақтық шараларын сақтамағандығына байланысты болып отыр.

#### РЕЗЮМЕ

Неполное обследование биопсийного материала, отсутствие контроля со стороны участкового врача, специалистов ПМСП и ПТД и необоснованное снятие диагноза туберкулеза привели к развитию у больной генерализованного процесса с осложненным течением. Поздняя диагностика заболевания связана с отсутствием преемственности и интеграции межведомственных организаций, невыполнением полноценного объема исследований, отсутствием настороженности по туберкулезу специалистов ПМСП.

#### SUMMARY

Incomplete examination of biopsy material, absence of the control of a local pediatrician, and specialists of RHC and local TB dispensary, unjustified release from dispensary notification led to the development of TB generalized process with complicated course. Delayed diagnosis had been linked to the absence of the continuity and integration between interdepartmental institutions, incomplete volume of patient examination, absence of vigilance on TB in specialists of PHC settings.

## СЛУЧАЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ НА РИФАМПИЦИН У БОЛЬНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Смаилова Г.А., Шаймуратов Ш.Ш., Абдукаримов Х.Х.*

*Национальный центр проблем туберкулеза РК, г.Алматы*

Значительные успехи во фтизиатрии, несомненно, связаны с широким применением противотуберкулезных препаратов (2). Однако одной из причин недостаточной эффективности лечения больных туберкулезом являются побочные реакции на противотуберкулезные препараты (1; 3). Наибольшего внимания врачей требуют тяжелые аллергические реакции на лекарства, в частности, тромбоцитопеническая пурпура, которая была описана впервые в 1925 году Мошковиц. Заболевание возникает после различных инфекций, приема лекарственных средств, введения вакцин и сывороток. Клинически заболевание характеризуется гемолитической анемией, тромбоцитопенией и геморрагическим синдромом. Учитывая сравнительную редкость заболевания, недостаточное знакомство с ним широкого круга клиницистов, приводим собственное наблюдение возникновения тромбоцитопенической пурпуры в ответ на прием рифампицина у больной туберкулезом легких.

Больная Б., 25 лет, находилась в клинике Национального центра проблем туберкулеза с 15 апреля по 29 июля 2009г. с клиническим диагнозом «Инфильтративный туберкулез в/д правого легкого в фазе распада, МБТ(+), 1 категория. Новый случай».

Жалобы при поступлении на кашель с выделением мокроты, слабость, повышение температуры.

В анамнезе: Контакт с больным туберкулезом не установлен. Туберкулез легких выявлен впервые при рентгенологическом обследовании. Дообследована в туберкулезном диспансере, поставлена на диспансерный учет, направлена на стационарное лечение. В стационаре начато стандартизированное лечение по режиму 1 категории четырьмя противотуберкулезными препаратами (HRZE). Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Кожные покровы бледные. Дыхание через нос свободное. ЧДД 21 в 1 мин. Аускультативно ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 76 уд. в мин. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме.

Результаты лабораторных исследований: Общий анализ крови при поступлении: Эр.4,3x10<sup>12</sup>, Нв 112,

Л.7, 6x10<sup>9</sup>, П4, С71, Лф 22, МЗ, СОЭ 25 мм/ч. Общий анализ мочи: уд. вес 1012, белок отсутствует, Л-ед в п/з, МК+. Биохимический анализ крови: общий белок 77; сахар 4,2; билирубин 13,8; АЛТ 0,61; тимоловая проба 3,1.

Микроскопия мазка на МБТ 15-16 апреля трехкратно:+, ++,+ . Посев трехкратно:+,+,+ . ТЛЧ - чувствительность к базисным ПТП (HRZE) сохранена.

ЭКГ- ритм синусовый, ЧСС 75 в 1 мин. ФВД - Незначительное снижение ВСЛ по рестриктивному типу. Рентгенологически: в в/доле правого легкого определяется инфильтративное затенение с деструкцией (рис.1). Синусы свободные. Сog – без особенностей.



Рисунок 1 - Обзорная рентгенограмма больной Б.

На 10-ый день от начала химиотерапии состояние больной ухудшилось: началось профузное носовое кровотечение, далее присоединилось маточное кровотечение, на нижних конечностях появились петехиальные высыпания, сопровождавшиеся зудом и имевшие тенденцию к слиянию (рис.2). В анализе крови тромбоциты – 20000. Анализ пунктата костного мозга - пунктат костного мозга малоклеточный, соотношение ростков изменено. Красный росток расширен, белый росток угнетен. Увеличено количество полихромных нормоцитов на 32%. Тип кроветворения мегабластический. Просчитано на 150 клеток. Консультация гематолога - Вторичная аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура. Осмотрена гинекологом, отоларингологом.



Рисунок 2 - Петехиальные высыпания на нижних конечностях больной Б.

Данное состояние мы расценили как побочное действие рифампицина. Препарат был отменен. Назначена гемостатическая терапия (глюкоза 5%-500.0+вит.С 5%-10,0 в/в №10, хлористый кальций 10,0%10,0 в/в №10, дицинон 4,0 в/м. №10, эритроцитарная масса 250,0 №5, свежемороженая плазма 300 №10), гормональная терапия преднизолоном по убывающей схеме (в/м 120мг 7 дней, 60 мг 3 дня, 30 мг 2 дня, далее в таблетках в течение 1 месяца). После проведенного лечения состояние больной улучшилось, сыпь ушла, прекратилось кровотечение, уровень тромбоцитов нормализовался до 276000. В схему химиотерапии вновь подключен рифампицин. Больная выписана из стационара на поддерживающую фазу лечения с положительной динамикой туберкулезного процесса. Через 3 месяца наступила конверсия мазка, рентгенологически констатировано рассасывание инфильтрации и закрытие полости распада. В дальнейшем повторения вышеназванной побочной реакции не наблюдалось. Пациентка благополучно завершила полный курс лечения в амбулаторных условиях.

#### Литература

1. Мамолат А.С., Чернушенко Е.Ф. Побочные реакции при антибактериальной терапии больных туберкулезом. - Киев, 1975.-134 с.
2. Хоменко А.Г. Химиотерапия больных туберкулезом. – М., 1977.- 280 с.

3. Шмелев Н.А., Степанян Э.С. Побочное действие противотуберкулезных препаратов.- М., 1977.- 280 с.

#### ТҰЖЫРЫМ

25 жасар науқас Б., 2009жылдың 15 сәуірінен 29 шілдесіне дейін Туберкулез проблемалары Ұлттық орталығында «өкпенің оң жағында инфильтративті туберкулездің ыдырау кезеңіндегі, ТМБ(+), 1 санат. Жаңа жағдай» сараптамасымен ауруханада жатқан. Ауруханада (HRZE) туберкулезге қарсы төрт түрлі препараттарымен 1 санат бойынша қалыпты емдеу басталған. Емдеудің 10-шы күні рифампицинге жанама әсері ретінде екінші рет аутоиммунды тромбоцитопеникалық пурпур пайда болды. Сондықтан препарат тағайындаудан алынып тасталды. Гемостатикалық емнен кейін жағдайы қалыпты болғандықтан рифампицин препараты қайта тағайындалды. Науқас амбулаторлық жағдайда толық емнің курсын аяқтады.

#### РЕЗЮМЕ

Больная Б., 25 лет, находилась в клинике Национального центра проблем туберкулеза с 15 апреля по 29 июля 2009г. с клиническим диагнозом «Инфильтративный туберкулез в/д правого легкого в фазе распада, МБТ(+), 1 категория. Новый случай». В стационаре начато стандартизированное лечение по режиму 1 категории четырьмя противотуберкулезными препаратами (HRZE). На 10-ый день проявилась вторичная аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, расцененная как побочное действие рифампицина. Препарат был отменен. После гемостатической терапии реакция купирована, в схему лечения снова подключен рифампицин. Пациентка завершила полный курс лечения в амбулаторных условиях.

#### SUMMARY

A patient, 25 years old, woman, had been treated at the National Center for TB Problems, RK since April 15 till July 29, 2009 with clinical diagnosis "Infiltrative pulmonary tuberculosis of upper lobe of the right lung in the phase of destruction, MBT +, Category I, "New case". The standardized treatment administrated under category I DOT regimen with 4 anti-TB drugs (HRZE) was began in-patient. By 10th day the secondary autoimmune thrombocytopenic purpura emerged evaluated as a adverse reaction for rifampicin. This drug was canceled. After hemostatic therapy this response was cut-off, rifampicin was included into schema of treatment again. The patient completed all treatment course under out-patient conditions.

## О ТРУДНОСТЯХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

**Смайлова А.М.**

*Алматинский областной противотуберкулезный диспансер, г. Талдыкорган*

Проблема туберкулеза в настоящее время остается актуальной в нашей стране и в мире, несмотря на комплекс проводимых противотуберкулезных мероприятий. В современных условиях, на фоне снижения общего иммунитета населения, изменились клинические проявления туберкулеза, у ряда больных нередко развивается генерализованный процесс, возрос процент врачебных ошибок.

Приводим материалы собственного клинического наблюдения за больной с поражением легких, плевры, мезентериальных лимфатических узлов, подтверждающие трудность дифференциальной диагностики туберкулеза.

Больная Б.А., 1992 г.р. (19 лет), поступила в областной противотуберкулезный диспансер г.Талдыкорган 15.06.2011 года с диагнозом: Милиарный туберкулез. Острый, диссеминированный туберкулез легких, МБТ. Туберкулезный мезаденит, инфильтративная форма, двусторонний туберкулезный плеврит. Асцит. Легочно-сердечная недостаточность 3 ст. Анемия.

Жалобы при поступлении: одышка в покое, усиливающаяся при незначительной нагрузке, нехватка воздуха, слабость, сухой кашель, першение в горле, повышение температуры тела до 38 градусов, боли внизу живота и области послеоперационной раны, отеки на ногах.

Из анамнеза жизни: больная росла и развивалась нормально. Родилась от первой беременности, в детстве болела не часто. После окончания школы поступила в частный колледж на отделение дизайнера-визажиста в г.Алматы. Семья больной состоит из трех человек: мать, брат 17 лет и она. Семья по социальному статусу неблагополучная, нет средств к существованию, мать работает на разных работах по найму, брат не работает, не учится, живут на съемных квартирах в г.Алматы.

Из анамнеза болезни: считает себя больной с декабря месяца 2010 года, когда поднялась высокая температура, появился кашель и головные боли, в связи с чем вызвали карету скорой медицинской помощи, врачи которой отказались обслуживать больную, так как они не были прописаны по месту жительства. Мать сказала, что они приехали из г.Жаркента, врачи посоветовали обратиться в Алматинскую клиническую многопрофильную больницу, где в приемном покое для снижения температуры сделали инъекции и отправили

домой без обследования. Состояние здоровья больной не улучшалось, повторно вызвали карету скорой медицинской помощи, врачами скорой выставлен диагноз: ОРЗ, даны рекомендации. Мать больную дочь лечила самостоятельно. Состояние больной продолжало ухудшаться.

Через 3 месяца, в марте 2011 года, у больной появились боли в животе спастического характера, повышение температуры, головная боль, слабость, потливость, кашель, по поводу вышеуказанных жалоб обратилась в поликлинику по месту жительства, где больную обследовали. Были взяты общие анализы, сделана рентгенограмма грудной клетки, по результатам чего установлен диагноз: двусторонняя нижнедолевая плевропневмония. Больная направлена на стационарное лечение. Заведующая отделением отказала в госпитализации, мотивируя отказ тем, что у больной нет прописки по г.Алматы. Больная была госпитализирована в городскую больницу №7, в платное (хозрасчетное) отделение (история болезни №9-278). Проведено обследование, по результатам рентгенографии от 04.04.2011г. выставлен диагноз: Внегоспитальная левосторонняя, нижнедолевая пневмония. После неспецифического лечения больную с контрольной рентгенограммой от 11.04.11г. без положительной рентгенологической динамики и без консультации специалистов, без учета тяжести состояния (сохранялась высокая СОЭ-35 мм/ч, гемоглобин 80г/л) выписали на амбулаторное лечение по месту жительства. Дома мать продолжала лечение антибиотиками 10-15 дней (цефазолин). Улучшения состояния не отмечалось, продолжали беспокоить боли в области живота, грудной клетке, кашель. Больная обратилась к лечащему врачу городской больницы №7, врач направил больную в платную клинику «Авенсис», находящуюся в Алмалинском микрорайоне г. Алматы, в указанной поликлинике больную отказались бесплатно обслуживать. Тогда мать больной вынуждена была привезти больную дочь на лечение в г.Жаркент к родственникам, где больную госпитализировали в Панфиловскую Центральную районную больницу. Из данных истории болезни №10150 Панфиловской ЦРБ, больная находилась на стационарном лечении с 12.05.11 по 23.05.11 с диагнозом: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, ДН- 0 степени. Образование в брюшной полости. Токсический миокардит. НК- 0.

В период нахождения в Панфиловской ЦРБ больная консультирована гинекологом, гематологом и фтизиатром. Гинеколог после проведенного УЗИ органов малого таза выставил диагноз: Образование в маточных трубах неясной этиологии. Гематолог: ЖДА, легкой степени. Фтизиатр: Левосторонняя нижнедолевая плевропневмония. Заболевание легких?. После консультации, используя возможности телемедицины со специалистами областной больницы г. Талдыкорган, для дальнейшего обследования и лечения больная направлена в областную больницу г.Талдыкорган. В приемном покое областной больницы больная консультирована урологом и гинекологом. После осмотра гинекологом направлена на лечение в Областной перинатальный центр г.Талдыкорган, где находилась на стационарном лечении с диагнозом: тубоовариальное образование с 24.05.2011г. по 31.05.2011г.

25.05.2011г. консультирована онкогинекологом, диагностирован: Инфильтрат в малом тазу, туберкулез брюшной полости? Эффекта от проведенного лечения не было. После консультации онколога больная направлена в онкологический диспансер г.Талдыкорган 02.06.2011г.с диагнозом: Образование в брюшной полости. В онкологическом диспансере г. Талдыкорган с диагностической целью произведена нижняя лапаротомия, под общим эндотрахеальным наркозом. Взята биопсия тканей, проведено гистологическое исследование материала (№ 2161-63 от 17.06.2011), по результатам которого установлено специфическое туберкулезное воспаление. При рентгенологическом обследовании выявлен диссеминированный туберкулез легких, экссудативный плеврит, и больная направлена на стационарное лечение в Областной противотуберкулезный диспансер г. Талдыкорган, где ей выставлен диагноз: Милиарный туберкулез. Острый диссеминированный туберкулез легких, МБТ-. Туберкулезный мезаденит, инфильтративная форма. Двусторонний туберкулезный плеврит. Асцит. Легочно-сердечная недостаточность 3 ст. Анемия. Безбелковые отеки.

При поступлении состояние больной тяжелое, госпитализирована в реанимационное отделение ОТД, начато лечение по 1 категории. Рентгенологически от 17.06.11г и 20.06.11г №1548 в обоих легких по всем легочным полям определяются множественные мелкоочаговые тени малой интенсивности. Синусы заполнены, не дифференцируются. Заключение: Диссеминированный туберкулез легких. Экссудативный плеврит.

На рентгенограмме от 01.07.11г.31653 очаговые тени сохраняются. Слева появились дополнительные тени в верхнем и среднем легочном поле, сливного характера, без четких контуров. Тенеобразование в косто-диафрагмальных синусах сохраняется.

Результаты анализов крови при поступлении: гемоглобин 93г/л,323, цветной показатель 0,86, тромбоциты 391,0, лейкоциты 13,3. Консультирована специалистами НЦПТ, которые подтвердили диагноз. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии, тяжесть состояния, отрицательную клинкорентгенологическую динамику, нарастание симптомов интоксикации и легочно-сердечной недостаточности, даны рекомендации по дальнейшему ведению больной препаратами резервного ряда на фоне симптоматической терапии (назначено лечение: амикацин в/м, циклосерин 0,5, левофлаксацин 0,5, рифампицин 0,45, изониазид 0,3, через неделю - протионамид 0,5, патогенетические препараты: гормональная терапия (преднизолон по схеме), препараты калия в/в, кон-трикал 100тыс единиц на физ. растворе в/в, альбумин 200,0 в/в №3, СЗП 200,0 №3, витамины С и В, УЗИ плевральной полости.

Через 2 месяца после начала лечения в гемограмме: гемоглобин 120г/л, эритроциты 3,87, цветной показатель 0,9, тромбоциты 313,0, лейкоциты 10,1, СОЭ 5мм/ч, свертываемость крови и другие элементы в пределах нормы.

Микроскопия мокроты от 17.06.2011г за № 2349 во всех трех образцах отрицательной, через два месяца МСМ от 17.08.11г № 3647 отрицательной. В посевах на ТЛЧ: от 28.06.11г., лабораторный анализ № 5128, культура не выделена, от 25.07.11г№ 5271 выделена культура МБТ, устойчивая ко всем 4 препаратам первого ряда.

На 01.09.2011 года больная продолжает получать ПВР, переносимость препаратов удовлетворительная.

В результате своевременного и адекватно назначенного противотуберкулезного, симптоматического и патогенетического лечения состояние больной начало улучшаться на 21-й день пребывания в стационаре, больная переведена в отделение для лечения больных с отрицательным мазком МЛУ ТБ (ЛТО-2).

Заключение: диагноз туберкулезного поражения легких, плевры и мезентериальных лимфатических узлов был выставлен больной через 6 месяцев от первых клинических проявлений. С одной стороны, трудность постановки диагноза обусловлена разнообразием клинических проявлений, внелегочной локализацией, но, с другой стороны, настораживает бездушное отношение к пациенту, когда при отсутствии динамики процесса, тяжелом состоянии больную выписывают из стационара без дальнейших рекомендаций. Проблема диагностики и дифференциальной диагностики сложных клинических случаев должна решаться только совместными усилиями врачей различных специальностей и фтизиатрами.

**ТҰЖЫРЫМ**

Қазіргі кезеңде Халықтың жалпы иммунитетінің төмендеуіне байланысты туберкулездің клиникалық көріністері өзгеріп, бірқатар науқастарда жайылмалы үрдіс жиі дамиды, дәрігерлік қателіктер пайызы өсті. Қазіргі кезеңде туберкулезді ажырату диагностикасындағы қиындық туындататын өкпенің, плевраның, мезентериалды лимфа бездері зақымданған науқасты өзіндік клиникалық бақылау мәліметтері келтірілген

**РЕЗЮМЕ**

В современных условиях, на фоне снижения общего иммунитета населения, изменились клинические проявления туберкулеза, у ряда больных нередко развивается генерализованный процесс, возрос процент врачебных ошибок. Приведены материалы

собственного клинического наблюдения за больной с поражением легких, плевры, мезентериальных лимфатических узлов, подтверждающие трудность дифференциальной диагностики туберкулеза в современных условиях.

**SUMMARY**

Up-to-day against the background of general immunity decreasing clinical manifestations of tuberculosis changed. Generalized process develops in the number of patients. Percentage of medical mistakes increased. Materials of our own clinical observation of a patient, female, with injuries of lungs, pleura, mesenterial lymphatic nodes are given that prove the difficulties of the differential diagnostics of tuberculosis nowadays.

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ В ВУЗЕ

**Ракишева А. С.**

*КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра фтизиопульмонологии*

Одной из важных целей системы высшего образования в целом и медицинского профессионального, в частности, является подготовка компетентных, творчески мыслящих, конкурентоспособных специалистов, способных адаптироваться к изменяющимся экономическим условиям, ориентироваться в потоках информации, готовых к дальнейшему непрерывному профессиональному саморазвитию и самореализации.

Высшее образование вошло в число главных государственных приоритетов многих стран мира, в том числе и Республики Казахстан. Согласно Концепции медицинского и фармацевтического образования, принятой в стране, в педагогике на смену традиционным «методикам», приходят «технологии», гарантирующие конечный результат – качество образования.

Мы живем в эпоху революционных преобразований в средствах коммуникации, лавинообразного потока информации, когда знания быстро устаревают и обновляются, когда происходят коренные изменения в нашем образе жизни, мышлении и общении.

В современный период возникла необходимость использовать такие методы обучения, которые могли бы в полной мере активизировать мыслительную деятельность студента, стимулировать его на процесс получения знаний, желанию самостоятельного совершенствования знаний.

Будущий врач должен научиться оценивать информацию творчески, овладевать практическими мыслительными навыками. В этой связи возрастает роль современного преподавателя ВУЗа, педагоги должны следовать инновационным тенденциям, постоянно совершенствоваться и развиваться. В настоящее время известно более ста инновационных стратегий, методов, приемов, что способствует лучшему пониманию и запоминанию информации и является особенно важным в медицинском образовании.

Современный период - время инноваций и нововведений. Инновационные методы обучения - это активные методы обучения, а, по данным педагогической литературы, обучаемые сохраняют в памяти:

- 10% того, что читают,
- 20% того, что слышат,
- 30% того, что видят,
- 50% того, что видят и слышат,
- 80% того, что говорят сами,
- 90% того, что делают сами.

Проблема преподавания фтизиатрии зависит от меняющихся форм и методов противотуберкулезной работы в современных условиях, что обязывает проводить педагогический процесс с учетом трансформации взглядов по многим направлениям фтизиопульмонологии, так как содержание обучения должно соответствовать времени и перспективам, потребностям практического здравоохранения и достижениям современной медицинской науки.

Результативность обучения определяется двумя основными факторами: профессиональной компетентностью преподавателя и потребностью обучаемых в продуктивности образовательного процесса. Для повышения профессиональной компетентности преподавателей на кафедральных совещаниях регулярно ставятся проблемы, касающиеся современных педагогических технологий. Так, рассматривались такие вопросы, как:

- «Педагогическое мастерство. Профессиональные требования к личности педагога»,
- «Организация самостоятельной работы студентов (СРС) на кафедре: положительные моменты, трудности и проблемы»,
- «Самостоятельная работа студентов в освоении актуальных вопросов фтизиатрии»,
- «Обоснование и принципы личностно-ориентированного подхода в обучении»,
- «Болонский процесс и преподавание фтизиатрии и пульмонологии»,
- «Инновационные методы обучения в освоении фтизиатрии и пульмонологии»,
- «Компетенции, их оценка во фтизиатрии».

На практических занятиях и в лекциях особое внимание отводится вопросам организации и системы борьбы с туберкулезом в республике, при этом акцентируется внимание студентов на том, что в основе Национальной программы борьбы с туберкулезом лежит стратегия ВОЗ «Остановить туберкулез», используются международные стандарты диагностики и лечения, проводится адаптация их к условиям отечественного здравоохранения и образования.

Инновационные методы обучения позволяют формировать опыт творческой и инновационной деятельности студентов, который, в конечном счете, влияет на компетентность будущего специалиста.



Одним из таких методов является проблемно – ориентированное обучение (ПОО, PBL), которое дает возможность овладения актуальной проблемой с глубоким, активным освоением материала, при этом студент приобретает навыки: работы в команде, умения слушать и активно участвовать в дискуссии, обмена мнениями, уважения к взглядам коллег, критической оценки литературы, подготовки презентаций. При использовании данного подхода студенты от пассивного слушания и заучивания материала в ходе самостоятельной подготовки переходят к активному поиску по решению выделенной проблемы. Самостоятельный поиск решения поставленной задачи развивает чувство ответственности, делает студента более инициативным, заинтересованным в процессе обучения, студент учится решать проблему, вместо заучивания ее решения.

Проблемно – ориентированное обучение заставляет перестраиваться не только студента, но и преподавателя, так как стимулирует его к постоянному развитию и совершенствованию процесса обучения. Постановка педагогом проблемных ситуаций ставит своей целью активизировать усилия студентов по поиску новых и применения уже полученных знаний. Преподаватель в этом процессе является не источником готовых знаний, а человеком, облегчающим, стимулирующим и побуждающим студента к новому поиску и повышающим мотивацию к обучению.

В целом, при проблемно-ориентированном обучении органично сочетаются такие понятия, как приобретение знаний и развитие общих навыков, что дополняет компетентностный подход в обучении.

Учитывая то, что в современных условиях не только в Казахстане, но и во всем мире наиболее актуальной проблемой является проблема туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ, ШЛУ ТБ), со студентами 6 курса проводится ПОО по теме: «Проблема лекарственной устойчивости МБТ в Казахстане».

Предварительно преподавателем обосновывается необходимость знания данной проблемы. Формулируются вопросы, на которые необходимо дать ответы в процессе предварительной самостоятельной подготовки: понятие МЛУ и ШЛУ, теории развития лекарственной устойчивости, причины формирования МЛУ и ШЛУ, клинические проявления, диагностика, основные принципы лечения, показания для перевода больного на лечение резервными препаратами, пути устранения и профилактика лекарственной резистентности. Проблемное обучение по данной теме проводится, согласно рекомендациям, по шагам, при этом в обсуждении активная роль отводится самим студентам, один из которых постоянно записывает на доске

основные вопросы:

**Шаг 1** – самостоятельные исследования (все студенты собирают информацию по теме: «Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, ее клиническое и эпидемиологическое значение») в течение нескольких дней.

**Шаг 2** – в день разбора темы, председателем (студент) определяется проблема лекарственной резистентности и основные темы, требующие обсуждения;

**Шаг 3** – один из студентов выделяет и разъясняет новые термины: первичная и вторичная лекарственная устойчивость, моно-, поли- и мультирезистентность, МЛУ ТБ (MDR) и ШЛУ ТБ (XDR), при этом активно участвует вся группа;

**Шаг 4** – теории возникновения и причины формирования лекарственной устойчивости разбираются в виде “мозгового штурма”;

**Шаг 5** – обзор шага 2 и 3. Студенты выстраивают объяснения в предварительные решения и определяют клинические проявления резистентности, методы диагностики, принципы лечения и профилактики ТБ МЛУ.

**Шаг 6** – группа приходит к заключению относительно поставленной и достигнутой цели по изучению проблемы лекарственной устойчивости; преподаватель удостоверяется в том, что цель занятия достигнута.

В процессе подготовки к занятию решается проблема современной педагогики «не столько дать знания, сколько научить учиться, привить навыки самообучения». Переход от информативного метода обучения к деятельному, в виде самопознания, позволяет выработать у студентов навыки к самообразованию. Условиями, обеспечивающими успешное выполнение самостоятельной подготовки, являются: мотивированность задания (для чего, чему способствует), четкая постановка познавательных задач, алгоритм, метод выполнения работы, знание студентом способов ее выполнения, определение видов консультационной помощи, критерии оценки, виды и формы контроля.

Хороший контакт со студентами, доброжелательная атмосфера сотрудничества в группе, безусловно, положительно влияют и на познавательные способности, и на желание приобретения новых знаний.

Положительным моментом является то, что ПОО:

- предназначено не только для овладения фтизиатрией, но и для формирования навыков самостоятельной работы вообще в учебной, научной, профессиональной деятельности;

- развивает способность принимать на себя ответственность, самостоятельно решить проблему, находить конструктивные решения, выход из кризисной ситуации;

- студент сам осуществляет познание, работает с литературой, пополняет свои знания в области фтизиатрии;

- ПОО имеет воспитательное значение, формирует самостоятельность как черту характера, играющую существенную роль в структуре личности современного специалиста.

Следует также отметить, что наибольшая эффективность проблемного подхода реализуется через НИРС, при выполнении которой студент проходит все этапы формирования профессионального мышления. Совместные научно-исследовательские работы (НИРС) способствуют активному вовлечению студентов в процесс осмысленного, мотивированного, сознательного обучения.

Проблемное обучение обеспечивает сознательное и прочное овладение студентами новыми знаниями и новыми способами действий, так как знания и опыт приобретаются в ходе активной, самостоятельной, поисковой деятельности. Оно способствует умственному развитию студентов, формирует умственную самостоятельность и творческие способности, учит учиться.

Несмотря на неоспоримую ценность проблемного обучения его нельзя противопоставлять действующей системе обучения. Только определенная часть знаний и способов деятельности, умело и обоснованно отобранная, становится объектом проблемного обучения.

Применение интерактивных методов обучения в освоении фтизиатрии способствует:

1. Развитию творческого мышления студентов;
2. Повышению коммуникативных навыков обучающихся (умения говорить, слушать, навыки чтения и письма);
3. Улучшению аналитических способностей студентов (что особенно необходимо для врача);
4. Улучшению навыков презентаций, публичных выступлений, участия в дебатах и семинарах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аканов А.А., Ахметов В.И., Абирова М.А. Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова.- Алматы, 2010.- 134 с.
2. Кудрявая Н.В. Педагогика в медицине.- М., 2006.- 123 с.
3. Белогурова В.А. Научная организация учебного процесса.- М., 2003.-87с.

4. Буланова-Топоркова М.В. Педагогика и психология высшей школы.- Ростов-на-Дону, 2002. -114с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Туберкулезді жоюға бағытталған бағдарламаның негізгі бөлімі мамандар дайындау. Фтизиатрияны оқытудың өзектілігі туберкулезді жоюға бағытталған жұмыстардың үнемі өзгеріп тұруына және әдістеріне байланысты. Оқытудың мазмұны тәжірибелік денсаулық сақтаудың сұраныстарына, уақыт пен болашақ, заманауи медицина ғылымдарының жетістіктеріне сай болу керек. Қазіргі кезеңде студенттің ойлау қабілетін белсендендіру үшін, білім алу үрдісін ынталандыру, өз бетінше білімін жетілдіру, ішкі потенциалын ашуды нығайту үшін көптеген оқыту әдістерін қолдану қажеттілігі туындады.

#### РЕЗЮМЕ

Подготовка кадров является важнейшим разделом программы борьбы с туберкулезом. Проблема преподавания фтизиатрии зависит от меняющихся форм и методов противотуберкулезной работы в новых условиях. Содержание обучения должно соответствовать времени и перспективам, потребностям практического здравоохранения и достижениям современной медицинской науки. В современный период возникла необходимость использовать такие методы обучения, которые могли бы в полной мере активизировать мыслительную деятельность студента, стимулировать его на получение знаний, желание самостоятельного совершенствования знаний, раскрытие внутреннего потенциала.

#### SUMMARY

Training is an important section of TB control programs. Problem of teaching in phthisiatry depends on the changing forms and methods of anti-TB activity under new conditions. Content of teaching must be corresponding to the new time, prospects and needs of the practical public health and advances of the up-to-day medical science. Nowadays it become necessary to use such methods of teaching, which would and in completely enhance mental activity of a student, encourage him in obtaining knowledge himself, disclosing his internal potential.

## ҒАЛЫМ, ҰСТАЗ ҚУАНЫШ МҮБАРАҚҰЛЫ – 80 ЖАСТА

**Медицина ғылымдарының докторы талантты ғалым, ұстаз Қ.М. Маскеев 80 жаста. Саналы ғұмырын С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университетінде оқытушылық пен қатар басшылық жұмыста өткізіп, Қазақстан Республикасына еңбек сіңірген дәрігер ретінде танымал тұлға.**



Қуаныш Мұбаракұлы Маскеев 1932 жылы 12 ақпанда Қарағанды облысының Егінді бұлақ ауданында дүниеге келген, медицина ғылымдарының докторы (1972 ж.), профессор (1974 ж.), Қаз ССР ғылымына еңбегі сіңген қайраткер (1981 ж.), академик (1995 ж.), Қазақстан Республикасы Жаратылыстану ғылымдарының академигі және вице-президент (1996 жылдан).

1955 жылы Қазақ Мемлекеттік медицина институтының емдеу факультетін бітірген, 1955-1958 жылдары дәрігер терапевт жұмысымен бірге Алматы облысы Нарынқол ауданында фтизиатр жұмысын қатар атқарды. 1963 жылы фтизиатр мамандығы бойынша аспирантураны бітіреді, 1961-1963 жылдар аралығында «Шымбұлақтағы» республикалық туберкулезді емдеу санаториясында бөлім меңгерушісі

болып қызмет жасады, 1963-1975 жылдары Алматы Мемлекеттік Дәрігерлердің Білімін Жетілдіру Институтының туберкулез кафедрасында ассистент, доцент, бөлім меңгерушісі және ғылыми істер жөніндегі проректор қызметтерін атқарды.

1975-1996 жылдары Қ.М. Маскеев Алматы Мемлекеттік медицина институтында фтизиопульмонология кафедрасын басқарды, оның жетекшілігімен Алматы қаласындағы Туберкулез ҒЗИ-ның оқу базасы жаңа жиһаздар және құралдармен, яғни слайдоскоп, негатоскоп, графопроектор, микроскоп, жапондық фибробронхоскоп аппараты, шведтік мингограф аспабымен, люминисценттік микроскоппен және де т.б. жабдықталды. Осы кезде кафедраның мұражайы құрылды, атақты дәрігер-ғалымдардың портреттері, стендтері, оқу-әдістемелік, ақпараттық материалдары жасалынды. Қ.М. Маскеевтің тікелей араласуымен кафедраның туберкулезге қарсы бағдарламасы мен оқу жоспары қайта жасалынды, жағдайлық есептер, іскерлік ойындар, тесттер әзірленді, оқу құралдары шығарылды, Қазақстанның туберкулезге қарсы эпидемиологиялық картасы құрастырылды, үш кешенді ғылыми тақырыптар жасалды және орындалды.

1979 жылы оның жетекшілігімен кафедрада пульмонология бойынша доценттік курс ұйымдастырылды,

1989 жылы Ленинград қаласындағы Бүкілодақтық пульмонологиялық ҒЗИ филиалында «Галокамера» кешендік емдеуіне қатысты.

Ректор болып қызмет еткен жылдары институттың ғылыми кеңесі мен парткомы оқу-әдістемелік орталығын ұйымдастырды, лабораториялық информатика жаңа техникамен жабдықталып, компьютерлік және лингафондық оқу үрдістері, СӨЖ және оқу методикалық әдістері құрастырылды, шет ел студенттері үшін жаңа факультет ашылды, кітапхананың кітап қоры екі есе ұлғайып, институттың мұражайы құрылды. Сонымен қатар институттың материалдық қоры кеңейді: басғимаратқайта жөндеуден өтті, аудиториялық корпусстар салынып, бас оқу ғимаратында 1000 орындық конгресс-хол, студенттерге жатақхана, профилакториялық емдеу орны, аспиранттар мен клиникалық ординаторлар үйі, бала-бақша, барлығы 10 объект, оның ішінде 2 үй баспанаға мұқтаж қызметкерлерге (130 отбасыға) берілді. Институт жоғары медицина мамандары мен ғылымды дамытқаны үшін 1980 жылы Орталық Комитеттің, Министрлер Кеңесі мен Қазақстан ОК ВЛКЖО-ның Құрмет грамотасымен, 1981 жылы Еңбек Қызыл Ту орденімен марапатталды.

Қ.М. Маскеев - КСРО Жоғарғы медицина басқару мектебінің (1978-1987 жж.), фтизиатрлардың

Бүкілодақтық ғылыми қоғамының (1975-1992 жж.), пульмонологияның (1988-1992 жж.), КСРО МҒА-ның пульмонология ғылыми мәселелер комиссиясының мүшесі (1981-1992 жж.), Алматы қалалық кеңесінің депутаты (1975-1988 жж.), фтизиатрия мен пульмонологияға байланысты өткен халықаралық, одақтық және республикалық съездер мен конференциялардың, симпозиумдардың қатысушысы әрі баяндамашысы болды.

Қ.М.Маскеев жетекшілігімен лимфа түйіні, сүйек-буын туберкулездерінің эпидемиологиясының шеткері ерекшеліктері, клиникасы және емінің әсері дәрілерге резистенттілігі, вируленттілігі және ТМ типі бойынша Қазақстанда кешенді зерттеу жүргізілген және оларды емдеудің критерилері қойылған. Лимфатика-лық жүйе зерттеуге әртүрлі вируленттіктегі (жоғары, орташа, төмен және БЦЖ) туберкулез микобактериясымен теңіз шошқаларын, қояндарды жұқтыру жолымен экспериментте оларға туберкулез бронхоаденитінің моделі құрылған. Бұл микроорганизм мен

туберкулез қоздырғышының күрделі қарым-қатынасы механизмін ашуға, Біріншілік туберкулездің морфогенезі мен фтизиогенезіндегі кейбір күмәнді сұрақтарды шешуге мүмкіндік береді. Қ.М.Маскеев ғылыми жұмысында созылмалы маскүнемдер деструктивті өкпе туберкулезінің патогенетикалық, клиничко-морфологиялық және иммунологиялық ерекшеліктерін зерттеуде аса көп назар аударып және тиімді емдеу әдістерін құрастырған.

Қ.М.Маскеевтің жетекшілігімен бірнеше кешенді ғылыми зерттеулер жүргізілген, туберкулездегі эндокринді, нейроиммунногенді қарым - қатынастары зерттелген және туберкулездің диагностикасында жоғары тиімді радиоактивті - иммунологиялық тестілер, электронды, флюоресцентті микроскопия және т.б әдістер қолдануға берілген.

Ол 180 астам ғылыми жұмыстың, оның ішінде 36 Одақтық еңбектің, 3 монографияның, 1 оқулықтың, 4 оқу құралының, 4 методикалық ақыл кеңестің, 3 авторлық жаңалықтың куәгері, 2

ғылым докторын және 14 ғылым кандидаттарын даярлады. Оның жетекшілігімен фтизиатрия мен пульмонология бойынша 5 ғылыми жинақ шығарылды.

Осы еңбектері үшін ғылым 1986 жылы Еңбек Қызыл Ту орденімен, 3 медальмен, 1968, 1970 жылдары екі рет «КСРО денсаулық сақтау ісінің үздігі» белгісімен, 1969 жылы 1981 жылы Қаз ССР Жоғарғы Кеңесі Президиумының Құрмет грамотасымен, КСРО, Қаз ССР Денсаулық сақтау Министрлігінің Құрмет грамотасымен, БЛКЖО ОК (1969ж.) Құрмет грамотасымен, медицина ғылымына сіңірген ерен еңбегі үшін С.П.Боткин ат. Үлкен қола медалімен (1973), С.Д.Асфендияров ат. Қазақ ұлттық медициналық университетінің медицина және білім ғылымына сіңірген аса көрнекті еңбегі үшін Алтын медальмен марапатталды.

Танымалы ғалым, педагог, қоғам қайраткері Қ.М. Маскеев ұзақ жылдар ғылымға сіңірген табысты еңбек үшін Қазақстан Республикасының Президенті Н.А. Назарбаевтың «Алғыс» Грамотасымен (2006 ж.) марапатталды.

### **ҚҰРМЕТТІ ҚУАНЫШ МУБАРАҚҰЛЫ !**

Сізді 80 жасқа толған мерей тойыңызбен құттықтаймыз! Бұл айтулы белесіңізді қазақ ғылымына еңбегі сіңген қайраткері, денсаулық саласының шебері, ұлағатты ұстаз ретінде қарсы алып отырсыз.

Сіздің алдыңыз кең, жаныңыз жомарт, қамқор да талапшыл басшы, аяулы аға ретіндегі абзал

қасиеттеріңіз тәнті етпей қоймайды, атыңызға затыңыз сай ұлағатты ұстаз, өнегесіз. Осындай еңбек пен тұрмыс тәрбиесі, жеке басыңыздың кіршіксіздігі Өзіңіз, отбасыңыз үшін ғана емес, өзіңізбен қанаттас жүрген әріптестеріңіз, тілектес дос-жаран үшін де зор мақтаныш, абырой, жас ұрпақ үшін нағыз өмір

мектебі екендігі даусыз.

Мерейтой сәтінде өзіңізге мықты денсаулық, отбасыңызға береке, шығармашылық табыстар, Тәуелсіз Отанымыздың игілігі үшін жемісті еңбек етіп, жаңа табыстарға жете беруіңізге тілектеспіз.

**Фтизиопульмонология кафедрасының ұжымы**