

Национальный центр проблем туберкулеза  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

# ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

Основан в 2002 году, выходит 2 раза в год

№ 1 (26) 2015

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор

Абилдаев Т.Ш.

Заместитель главного редактора – Берикова Э.А.

Члены редакционной коллегии:

Исмаилов Ш.Ш.

Ракишев Г.Б.

Редакционный совет:

Ахметов В.И. (Казахстан, Астана)

Аканов А.А. (Казахстан, Алматы)

Байгенжин А.К. (Казахстан, Астана)

Беркинбаев С.Ф. (Казахстан, Алматы)

Ерохин В.В. (Россия, Москва)

Кадыров А.С. (Кыргызстан, Бишкек)

Козлова И.Ю. (Казахстан, Астана)

Нургазиев К.Ш. (Казахстан, Алматы)

Семенова Р.И. (Казахстан, Алматы)

Тиллашаихов М.Н. (Узбекистан, Ташкент)

Шайдаров М.З. (Казахстан, Астана)

Яблонский П.К. (Россия, Санкт-Петербург)

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.

ISSN 2227-1937

## ОГЛАВЛЕНИЕ

## Эпидемиология туберкулеза и противотуберкулезные мероприятия

**Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А.**

Итоги выполнения Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы за 9 мес. 2015 года. . . . . 4

**Жұмаш Т.А., Тойшибаев А.С., Жұмаш М.Т.**

Қазақстан еспубликасындағы несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің қазіргі эпидемиологиялық жағдайы . . . . . 10

**Кабдрахимова А.А.**

Анализ диспансеризации пациентов «0» группы диспансерного учета по Жамбылской области за 2013-2014гг. . . . . 13

**Шабикова К.Ж., Чернышова В.В.**

Мультирезистентный туберкулез в районе им. Г.Мусрепова Северо – Казахстанской области . . . . . 15

**Шабикова К.Ж.**

Эффективность работы противотуберкулезной службы по району им. Г. Мусрепова Северо-Казахстанской области за 2012 – 2014 гг. . . . . 17

## Клиника и диагностика

**Бектасов С.Ж.**

Влияние социальных факторов стресса на развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью . . . . . 19

**Мясникова Г.А.**

Особенности рецидивов туберкулеза у лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями . . . . . 21

**Ниязбакиева Г.М., Нускабаева Д.Н., Рауанова Т.Б., Тургумбаева Ф.Д., Исаева А.Г.**

Новые подходы к диагностике туберкулезной инфекции. . . . . 25

**Туткышбаев С.О., Омирзак Е.Ж., Имангалиев Н.К.**

Туберкулезный лимфаденит периферических лимфатических узлов и его диагностика . . . . . 27

**Пак А.В.**

Гистологическая верификация туберкулеза бронхов при сопоставлении с молекулярно-генетическим методом диагностики . . . . . 29

**Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л.**

Туберкулез легких у лиц пожилого возраста . . . . . 31

## Лечение

**Берикова Э.А., Жапаркулова М.А., Бектасов С.Ж., Абубакиров А.Я.**

Обзор эффективности лечения больных с лекарственной устойчивостью в условиях Национального центра проблем туберкулеза в 2014 году . . . . . 34

<b>Сакыбаева С.А., Курбанова А.Т., Мусабекова Г.А., Туремуратова Г.Ж., Асанова А.А.</b> Эффективность оздоровления детей в условиях детского противотуберкулезного санатория .....	38
--	----

### Случаи из практики

<b>Бижанов Б.А., Зетов А.Ш., Сапиева Ж.А., Сманов Т.С., Малбасканов А.Д., Джуматаев А.А.</b> Случай отсроченной корригирующей торакопластики грудной клетки после пневмонэктомии при наличии туберкулезного процесса в единственном легком .....	43
--	----

### Разное

<b>Ракишева А.С., Сыздыкова Н.С., Касенова Л.Ш., Кумисбаева Б.Т., Исаева А.Г., Макулбаева У.Т., Жумабаева Ш.К., Даутова О.М.</b> Педагогические технологии в процессе изучения фтизиатрии .....	46
--	----

### Поздравление юбилярам

<b>Б. С. Сагимбеков, Ч. Ж. Косыбаева</b> Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы қызметке 90 жыл. ....	48
<b>Поздравление Агзамовой Р.А. с 70-летним юбилеем</b> .....	50

### Ветераны противотуберкулезной службы

<b>Хауадамова Г.Т., Абилдаев Т.Ш.</b> Жизнь, отданная служению профессии (памяти Хажимаевой З.И.) .....	51
<b>Ракишева А.С., Саятова А.С., Аликеева Г.М., Шахиева А.М.</b> Эхо войны: дневник узника концентрационного лагеря (памяти Димурина М.Е.) .....	52
<b>Памяти Райкеновой Р.С.</b> .....	55

## Итоги выполнения Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы за 9 мес. 2015 года

**Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А.**

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ СР РК, Алматы*

**Ключевые слова:** туберкулез, Комплексный план по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан, сравнительный анализ, эпидемиологические показатели

За истекший период 2015г. продолжается реализация основных мероприятий Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014 года №597.

За последние 10 лет показатель заболеваемости туберкулезом в Казахстане снизился на 54,9%, а смертность - на 77,4%.

Сравнительный анализ по предварительным данным 9 месяцев 2014-2015г по республике указывает на снижение заболеваемости на 11,3%, с 67,3 до 59,7, а смертности от туберкулеза - с 4,4 до 3,5 (снижение на 21,2%) на 100 тыс. населения. Снижение показателей заболеваемости и смертности отмечается во всех областях.

За указанный период 2015г. снизилась в целом по стране заболеваемость детей на 11,7% с 7,7 в 2014г. до 6,8, а среди подростков - на 6,2% с 58,0 в 2014г до 54,4 на 100 тыс. населения.

Выше республиканского уровня (6,8) показатель заболеваемости детей отмечается в Мангистауской - 10,9; Карагандинской - 10,8; Алматинской - 9,9; Кызылординской - 9,8; Акмолинской - 9,0; Актюбинской - 8,6 областях и в г. Астане - 10,6 на 100 тыс. населения.

По итогам 9 мес. 2015 года рост заболеваемости детей отмечается в Актюбинской, Карагандинской и Павлодарской областях, а среди подростков - в Актюбинской, Атырауской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях и г. Астане.

Высокая заболеваемость подростков сохраняется в Атырауской - 152,6, Актюбинской-127,3, Мангистауской-110,3 и Кызылординской областях - 97,8 на 100 тыс. населения.

Об улучшении эпидемиологической ситуации в республике свидетельствует также снижение регистрации случаев туберкулеза с запущенной формой с 22 случаев в 2014 году до 15 за аналогичный период 2015 года, а также регистрация случаев туберкулезного менингита у детей (2014г.-1, 2015г.-0). Снизилась число заболевших туберкулезом детей до 1 года с 9 в 2014г. до 5 случаев в 2015г.

Показатели смертности, превышающие республиканский уровень (3,5), отмечены в Карагандинской - 6,9, Костанайской - 5,2, Восточно-Казахстанской - 4,8, Кызылординской - 4,5 и Павлодарской - 4,4 областях на 100 тыс. населения.

Сравнительный анализ статистических данных указывает на снижение абсолютного числа впервые выявленных больных туберкулезом с 8708 по итогам 9 месяцев 2014 год до 7835 в 2015 году, снизилось абсолютное число активных больных, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных организациях (далее ПТО) до 20655 против 23103 человек в 2014 году, соответственно.

Эпидемиологические показатели официально подтверждены и основываются на отчетных данных Национального регистра, который является доказательной базой хранения всех имеющихся случаев (новый случай, рецидив и т.д.) туберкулеза в стране.

По инициативе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в период с 17 по 19 февраля 2015 года работала Миссия экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по оценке эпидемиологического надзора за туберкулезом в Казахстане. Миссию составили эксперты ВОЗ: Филипп Глазью - старший эпидемиолог отдела мониторинга и оценки туберкулеза Глобальной программы по туберкулезу в штаб-квартире ВОЗ, и Андрей Даду - координатор по эпиднадзору Программы по множественной и широкой лекарственной устойчивости к туберкулезу Европейского регионального бюро ВОЗ.

В ходе работы Миссии были оценены доступность и качество методов выявления, диагностики и регистрации случаев туберкулеза в Казахстане. Эксперты посетили поликлиники и противотуберкулезный диспансер г. Астаны, работали с электронной базой данных Национального регистра больных туберкулезом.

Экспертами ВОЗ отмечено, что в Казахстане налажена система эпиднадзора за туберкулезом и активно ведется поиск по выявлению новых случаев туберкулеза на уровне ПМСП. По итогам 2014 года более 50% населения страны подвергнуты флюороосмотру, что, по их мнению, в разы превышает объем необходимого скрининга на туберкулез среди населения, рекомендуемого ВОЗ. Высокий охват скринингом населения может повлиять на гипердиагностику туберкулеза.

В связи с вышеизложенным, эксперты ВОЗ рекомендовали активный метод выявления туберкулеза, согласно рекомендациям ВОЗ от 2013 года «Систематический скрининг активного выявления туберкулеза».

В соответствии с данными рекомендациями активное выявление настоятельно рекомендуется использовать только среди следующих групп риска:

- лица из близкого контакта с больным туберкулезом;
- лица, живущие с ВИЧ;
- работники силикатных производств и шахт.

Активный скрининг не рекомендован среди следующего контингента:

- тюремный контингент;
- лица с фиброзными изменениями в легких, т.е. с остаточными изменениями.

Информационная система учета и отчетности случаев туберкулеза в Казахстане расценена экспертами ВОЗ как достоверная и качественная.

Международные эксперты подтвердили достоверность статистических данных по показателям заболеваемости и смертности от туберкулеза, в последующем ими была произведена корректировка показателей по заболеваемости и смертности в Республике Казахстан в Глобальном отчете ВОЗ за 2013 год.

В рамках реализации Комплексного плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 годы (далее Плана) разработаны:

- Дорожная карта по реализации Плана, которая согласована с регионами;
- План перехода всех противотуберкулезных организаций (далее – ПТО) страны на предприятия хозяйственного ведения (далее-ПХВ);
- План оптимизации и перепрофилирования туберкулезных коек;
- Создана рабочая группа по созданию эффективного механизма финансирования.
- Созданы рабочие группы по разработке и утверждению НПА.

Разработаны следующие нормативно-правовые акты:

- Меморандум взаимодействия между Национальным центром проблем туберкулеза МЗСР РК (далее – НЦПТ), областными и городскими управлениями здравоохранения (далее - ОУЗ, ГУЗ);
- Приказ МЗСР РК №360 от 29 декабря 2014 года «Об утверждении Методических рекомендаций по управлению противотуберкулезными препаратами»;
- Приказ МЗСР РК от 22.08.2014 г. №19 «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу»;
- Приказ МЗСР РК №357 от 29 декабря 2014 года «О проведении поэтапной оптимизации и перепрофилирования коечного фонда в противотуберкулезных организациях Республики Казахстан»;
- Приказ МЗСР РК №359 от 29 декабря 2014 года в приказ МЗ РК от 14 ноября 2013 года № 657 «Об утверждении Стандарта организации оказания паллиативной помощи населению Республики Казахстан»;
- Межведомственный план по оказанию медико-санитарной помощи, в том числе хирургической, больным туберкулезом (далее – ТБ) и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (далее - МЛУ ТБ) в уголовно-исправительной системе МВД РК (далее – УИС);
- Приказ № 358 от 29 декабря 2014 года МЗСР РК «Об утверждении Инструкции по организации и

осуществлению внешней оценки качества на используемые методы лабораторной диагностики туберкулеза и М/ШЛУ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения»;

- Приказ №318 от 5 мая 2015 года МЗСР РК «О внесении изменений в приказ и.о. министра МЗСР РК от 17 ноября 2009 года «Об организации принудительного лечения больных заразной формой туберкулеза, а также режима пребывания больных в специализированных противотуберкулезных учреждениях»;
- Приказ №753 от 28 сентября 2015 года МЗСР РК «О внедрении в практику новых методов хирургического лечения туберкулеза в противотуберкулезных организациях РК»;

Разработаны 14 клинических протоколов по нозологическим формам туберкулеза, которые на данный момент находятся на рассмотрении экспертной комиссии РЦРЗ МЗСР РК.

Также разработаны и утверждены Руководства по менеджменту случаев туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (далее - М/ШЛУ ТБ) в Республике Казахстан и методические рекомендации «Роль сети ПМСП в контроле над МЛУТБ в РК» и «Инфекционный контроль в борьбе с туберкулезом». Разработаны 14 клинических протоколов по нозологическим формам туберкулеза, которые на данный момент находятся на рассмотрении экспертной комиссии РЦРЗ. Завершена разработка стандарта оказания противотуберкулезной помощи населению, который находится на рассмотрении РЦРЗ.

За истекший период 2015г. проведено 9 заседаний Республиканского штаба по снижению заболеваемости туберкулезом по актуальным проблемам туберкулеза с принятием конкретных решений.

В соответствии с протокольным решением Республиканского Штаба по снижению заболеваемости туберкулезом от 19 мая 2015 года и в рамках реализации мероприятий Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, 15-16 июня 2015 года проведен семинар-совещание по обсуждению и разъяснению основных Положений 7 Приказов МЗСР РК по туберкулезу, утвержденных в 2014-2015 годах, для 100 ключевых специалистов противотуберкулезной службы и представителей организаций первичной медико-санитарной помощи регионов, задействованных в реализации мероприятий борьбы с туберкулезом при участии представителей международных организаций.

В рамках реализации Комплексного плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 годы утвержден Приказ Министра здравоохранения и социального развития РК от 29 декабря 2014 года №362 «О некоторых вопросах расширенного амбулаторного лечения больных туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью с предоставлением психологической и со-

циальной помощи в рамках пилотного проекта». В период с 1 по 3 июня 2015 года специалистами Национального центра проблем туберкулеза проведен семинар по разъяснению основных положений данного Приказа на базе учебного центра Акмолинского областного противотуберкулезного диспансера. Пилотный проект внедряется в Акмолинской, Актюбинской, Кызылординской, Жамбылской областях и городе Астане.

Социальная поддержка больных туберкулезом в нашей стране рассматривается как неотъемлемая часть комплекса противотуберкулезных мероприятий по повышению приверженности больного к лечению.

В последние годы уровень оказания социальной помощи больным туберкулезом возрастает. При поддержке органов исполнительной власти областей, объем выделенных денежных ассигнований на социальную мотивацию больных на амбулаторном этапе лечения, по итогам 9 месяцев 2015 года по республике вырос и составляет 507319,6 тыс. тенге против 390589,1 тыс. тенге за аналогичный период 2014 года. Хорошо налажена работа в Кызылординской области - 89345,7 тыс.тенге, г. Астане - 57120,0 тыс.тенге, Акмолинской - 55888,6 тыс. тенге, Павлодарской-50074,3 тыс. тенге, Актюбинской - 45108,0 тыс. тенге областях. Из года в год недостаточно решается данный вопрос в Атырауской – 2565,5 тыс. тенге, Южно-Казахстанской – 15563,7 тыс. тенге и Карагандинской областях – 14106,8 тыс. тенге.

Между Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и Акимами областей, городов Астана и Алматы подписывается Меморандум об оказании противотуберкулезной помощи населению со 100% охватом больных, находящихся на амбулаторном лечении, ежемесячной социальной помощью и выделению не менее 4% от общего объема финансирования противотуберкулезных мероприятий на социальную помощь. Данный индикатор учитывается для рейтинговой оценки деятельности Акима.

Во всех регионах выделяется недостаточно средств из местного бюджета для привлечения неправительственных организаций (далее - НПО) к работе по вопросам туберкулеза с труднодоступными группами населения (потребители инъекционных наркотиков, лица БОМЖ, мигранты и другие). На сегодня в оказании противотуберкулезной помощи участвуют 6 НПО через государственный заказ МЗСР РК и 8 – на средства международных доноров.

В республике продолжают мероприятия по оптимизации коечного фонда ПТО.

Противотуберкулезная помощь населению оказывается 85 ПТО с коечной мощностью 10270.

В 2015 году в 11 регионах сокращено 690 больничных туберкулезных коек.

Из-за низкой материальной базы и неэффективности использования больничной койки сокращены 5 туберкулезных больниц с коечной мощностью 185 (Шал-

карская на 40 коек в Актюбинской области, Саркандская на 50 коек в Алматинской, Кызылкогинская на 30 коек в Атырауской, Бейнеуская на 25 коек в Мангистауской, Шардаринская на 40 коек в Южно-Казахстанской области). Сэкономленные средства в Актюбинской, Алматинской, Атырауской и Южно-Казахстанской областях в сумме 284 799,6тыс. тенге направлены на закуп реактивов и расходных материалов, укрепление материально-технической базы и усиление системы инфекционного контроля ПТО, социальную помощь больным туберкулезом, укомплектования штатами групп мониторинга и оценки (далее –МиО).

Продолжается внедрение одного из видов стационарозамещающей технологии амбулаторного лечения больных туберкулезом - дневных стационаров. По итогам 9 месяцев 2015г действуют 11 дневных стационаров с коечной мощностью 432.

В рамках мероприятий Комплексного плана, изменение организационно-правовой формы ПТО с переводом на ПХВ осуществлено в 8 регионах (Актюбинская, ВКО, ЗКО, Карагандинская, Кызылординской, Костанайской, СКО и г. Алматы).

Усиление системы инфекционного контроля в ПТО страны остается приоритетной задачей Комплексного плана, направленной на минимизацию риска распространения туберкулеза среди населения.

Создание системы инфекционного контроля, безусловно, напрямую связано с объемом выделяемого бюджета на развитие противотуберкулезной службы. За 9 месяцев 2015г. по республике выделено на проведение капитального ремонта ПТО 253659,8 тыс. тенге, на текущий ремонт-78344,0 тыс. тенге.

В большинстве ПТО помещения, где содержатся бактериальные больные и помещения высокого «риска» оснащены системой приточно-вытяжной и механической вентиляции, при этом приоритет отдается отделениям МЛУ/ШЛУ ТБ, принудительного и паллиативного лечения, бактериологической лаборатории, кабинету бронхоскопии.

Из круглосуточных стационарных отделений с высоким инфекционным риском (136) оборудованы эффективной системой механической вентиляции 45,6% (62), бактериологические лаборатории в 57,7% (из 26 бактериологических лабораторий оборудованы эффективной системой механической вентиляции - 15), процедурные помещения с высоким инфекционным риском - 49,3% (из 339 оборудованы 167), хирургические операционные - 29% (из 31 оборудованы 9). Из 134 прогулочных площадок для больных с бактериовыделением в стационарных отделениях ПТО, ограждено 101(75,4%)

Вневедомственная охрана обеспечена в 97%, причем специализированные отделения принудительного и паллиативного лечения обеспечены круглосуточными охраняемыми постами в 97%. Ограждениями, соответствующими требованиям инфекционного контроля, обеспечено 62 ПТО (72,9%).

За отчетный период объем сформированной группы риска, подлежащей флюорографическому обследованию, вырос и составляет на 2015г. по республике 6689004 человек против 6498734 человек в 2014 году. По итогам 9 месяцев 2015г., обследовано методом флюорографии 6690,0 тыс. человек от подлежащего количеству группы риска на 2015 год против 6510,1 тыс. человек за аналогичный период 2014 года. Выявленные методом флюорографии 5948 больных туберкулезом в 2015 году взяты на диспансерный учет и лечение.

Выявляемость туберкулеза методом микроскопии по республике за истекший период 2015 года выросла и достигает 3,9% против 3,5% в 2014 года за аналогичный период (стандарт ВОЗ: 5-10%), а в Восточно-Казахстанской и Костанайской областях вышеуказанный показатель колеблется от 2,1% - 2,3%.

За 9 месяцев 2015 года мониторинговые визиты группы мониторинга и оценки НЦПТ с привлечением специалистов КЗПП МНЭ РК, КУИС МВД РК, с целью оценки проводимых противотуберкулезных мероприятий на уровне сети ПМСП, осуществлены практически во все регионы, за исключением Алматинской, Жамбылской области и г. Алматы. В ходе мониторинга и оценки посещены учреждения ПМСП и ПТО на предмет эффективности выявления туберкулеза и повышения уровня настороженности специалистов ПМСП к вопросам туберкулеза.

Для улучшения качества выявления заразных форм туберкулеза легких и обеспечения контролируемого лечения больных туберкулезом на амбулаторном этапе, на рассмотрение в КОМУ внесены новые индикаторы оценки достигнутых результатов противотуберкулезной работы организаций первичной медико-санитарной помощи: «Своевременное выявление больных туберкулезом с бактериовыделением» и «Отсутствие пропусков приема противотуберкулезных препаратов у больных, получающих лечение в условиях ПМСП».

Внедрение передовых инновационных лабораторных технологий по ускоренной диагностике туберкулеза и МЛУ ТБ позволило своевременно выявить и сократить сроки до начала лечения. За указанный период 2015г. тестом на лекарственную чувствительность охвачено 98% больных туберкулезом.

Охват больных МЛУ ТБ лечением противотуберкулезными препаратами второго ряда составляет 99,3% (стандарт ВОЗ -85%).

Бесперебойное обеспечение противотуберкулезными препаратами первого, второго ряда, способствовало повышению эффективности лечения как среди впервые выявленных больных туберкулезом легких с бактериовыделением, так и у больных МЛУ ТБ, которая составила по итогам 9 месяцев 2015г., соответственно, 87,2% и 74,7% (стандарт ВОЗ-85% и 75% соответственно).

На сегодня в мире спустя 45 лет с момента выпуска последнего противотуберкулезного препарата (рифампицина), появились новые противотуберкулезные пре-

параты (далее – ПТП), при использовании которых возникает перспектива сокращения сроков лечения больных с лекарственной устойчивостью с 24-33 месяцев до 9-12 мес. с меньшим количеством принимаемых ПТП.

Два новых противотуберкулезных препарата после прохождения строгого контроля со стороны регулирующих органов получили одобрение и рекомендованы ВОЗ для применения при лечении М/ШЛУ ТБ на определенных условиях: бедаквилин (Janssen Pharmaceuticals, США) и деламанид (Otsuka, Япония).

Внедрение новых эффективных противотуберкулезных препаратов и укороченных схем лечения в нашей стране предусмотрено в рамках пилотного проекта «EndTB», рассчитанного на четыре года и финансируемого за счет гранта ЮНИТАИД на сумму 6,6 миллионов долларов США для лечения 573 больных в Казахстане.

В рамках реализации Комплексного плана и проекта 8-го раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – ГФСТМ), создана рабочая группа по реформированию системы финансирования противотуберкулезной службы в условиях сокращения коечного фонда и приоритета амбулаторного лечения с привлечением 2 международных консультантов. Для разработки медико-экономических стандартов и расчетов тарифов на медицинские услуги противотуберкулезной службы РК в условиях расширения амбулаторного лечения туберкулеза разработано 14 клинических протоколов.

В октябре 2015 года планируется представление рабочей группой предложений по реформированию системы финансирования противотуберкулезной службы с приглашением специалистов МЗСР РК. К концу текущего года планируется подготовка проекта приказа по внедрению выбранной модели финансирования противотуберкулезной службы в пилотных областях.

Для повышения уровня знаний по различным аспектам туберкулеза проводится обучение специалистов ПТО и ПМСП на базе НЦПТ и в выездной форме.

Проведен цикл обучения на базе НЦПТ РК:

- а) с 18 по 22 мая 2015г. для специалистов ПТО «Менеджмент лекарственно-устойчивого туберкулеза у взрослых и детей»;
- б) с 18 по 22 мая 2015г для специалистов ПТО «Лабораторная диагностика туберкулеза в ПТО»;
- в) с 15 по 26 июня 2015г. для фтизиатров, ответственных за ведение больных ТБ/ВИЧ, из Акмолинской, Атырауской, Жамбылской, Костанайской, Павлодарской областей и города Алматы;
- г) На базе Актыбинского областного противотуберкулезного диспансера проведен семинар 12 июня 2015г для 130 специалистов ПТО и ПМСП на тему «Менеджмент противотуберкулезных препаратов»;

На базе Восточно-Казахстанского областного противотуберкулезного диспансера проведен тренинг с 25 по 30 мая для 43 врачей ПМСП и Жамбылской централь-

ной районной больницы Жамбылской области с 7 по 10 июля 2015г. для 25 врачей общей практики, в Южно-Казахстанской области для 150 ПМСП на тему «Ранняя диагностика и выявление туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в сети ПМСП» для специалистов ПМСП;

На базе Западно-Казахстанского областного противотуберкулезного диспансера с 18 по 22 мая 2015г для 50 специалистов ПТО проведен тренинг «Работа с порталом «Национальный регистр больных туберкулезом в Республике Казахстан».

Специалистами НЦПТ РК и областными тренерами за истекший период 2015 года обучено 300 фтизиатров по вопросам «Менеджмент туберкулеза и МЛУ ТБ», «Мониторинг и оценка».

Обучены: 31 лаборант бактериологических лабораторий ПТО республики, в том числе из туб. учреждений УИС МВД РК - 3 человека, по вопросу «Современные методы диагностики МЛУ ТБ», а также координаторы по лекарственному менеджменту по теме «Управление противотуберкулезными препаратами» - 6 человек, в том числе из учреждений УИС-1.

Охвачены обучением специалисты центров СПИД и сети ПМСП в республике в количестве 100 человек по вопросу «Ведение и лечение пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ».

В целом по стране, за 9 месяцев 2015 года по вопросам «Выявление туберкулеза» обучено в сети ПМСП 3005 специалистов, в том числе терапевтов и врачей ВОП - 2299, педиатров - 526, акушеров-гинекологов - 180.

Ситуация по туберкулезу в системе УИС МВД РК имеет тенденцию к улучшению, однако сохраняется высокий уровень лекарственной устойчивости. Причинами этого является ограниченный доступ больных туберкулезом к лабораторным методам диагностики, позднее начало лечения у лиц, с лабораторно подтвержденным диагнозом лекарственно устойчивого туберкулеза; длительное содержание больных с лекарственно-устойчивыми формами заболевания с больными с чувствительной формой; отсутствие мер инфекционного контроля в учреждениях для содержания и лечения больных туберкулезом; отсутствие мер инфекционного контроля при транспортировке больных, приводящих к совместному содержанию больных с различными формами туберкулеза.

В уголовно-исполнительной системе (далее – УИС) насчитывается 5 противотуберкулезных учреждений (далее – ПТУ) с коечной мощностью 1640 и 18 следственных изоляторов (далее - СИЗО). В 2014-2015 годах в Павлодарской и Северо-Казахстанской областях сокращены 2 ПТУ на 300 стационарных коек.

В соответствии с приказом МВД РК от 19 августа 2014года № 530 «Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы, Перечня заболеваний, являющихся основанием освобождения от отбывания

наказания, Правил медицинского освидетельствования осужденных, представляемых к освобождению от отбывания наказания в связи с болезнью», лабораторные исследования включают бактериоскопию мокроты во всех ПТУ, а культуральные исследования (посев) и ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда на твердых и жидких средах, Hain-тест - только в Карагандинской области. В остальных регионах бактериологические и молекулярно-генетические методы диагностики туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза осуществляются лабораториями гражданского сектора на договорной основе.

По итогам 9 месяцев 2015 года в ПТУ УИС содержится 1189 больных, из них с хроническими формами - 98, больных категории IV - 861.

С целью раннего выявления, лица группы риска (подследственные и осужденные) охвачены осмотром на туберкулез. За 9 месяцев 2015 года осмотрено 91,3 тыс. человек (2014 г. - 82,2 тыс. человек), в том числе микроскопически - 10,0 тыс. (2014 г. - 7,2 тыс.). Больных с заразной формой заболевания выявлено 211 (2014г. - 200 больных). Методом флюорографии осмотрено 81,3 тыс. подследственных и осужденных (2014г. - 75,0 тыс.), при этом выявлено 580 больных (2014г. - 780 больных).

Показатель выявляемости больных туберкулезом с заразной формой составил 2,1% (2014г. - 2,8%).

Лечение противотуберкулезными препаратами II ряда получают 763 больных МЛУ ТБ. Охват больных МЛУ ТБ лечением препаратами II ряда составляет 88,6% против 87,1%, по итогам 9 месяцев 2014 года.

Одной из задач Плана также является усиление противотуберкулезных медицинских мероприятий среди внутренних и внешних мигрантов. Данная задача финансируется из Республиканского бюджета и средств гранта Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией по новой модели финансирования.

Противотуберкулезные мероприятия по мигрантам и членам их семей в рамках пилотного проекта будут проводиться в объеме, регламентированном действующим законодательством страны и в соответствии с Минимальным пакетом для трансграничного контроля и лечения туберкулеза в Европейском Регионе ВОЗ: Консенсусное заявление в Вольфхезе (2012).

В 7 пилотных областях (г. Актобе, г. Актау, г. Караганда, г. Алматы, г. Астана, г. Шымкент и Алматинская область), совместно с проектом «НОРЕ», начата работа по оказанию противотуберкулезной помощи среди внешних и внутренних мигрантов.

В 2014 году в НЦПТ была создана рабочая группа. В рамках Плана предполагалось расширение состава рабочей группы, так как есть необходимость создания синхронизации нормативно-правовой базы по оказанию противотуберкулезной помощи мигрантам в МЗСР РК и миграционной полиции при МВД РК.

Для расширения рабочей группы были написаны письма в Департамент миграционной полиции МВД РК,



МЮ РК, МЗСР РК, МНЭ РК с просьбой предоставить кандидатуры специалистов для включения в состав рабочей группы по разработке правовых и процессуальных рамочных соглашений, разработке Национального руководства по контролю за туберкулезом среди мигрантов.

В состав данной рабочей группы входят специалисты НЦПТ, департамента миграционной полиции, специалистов управления политики в сфере миграции ДСМП и РГО Министерства национальной экономики (МНЭ), управления эпидемиологического надзора Комитета по защите прав потребителей МНЭ, главных врачей ПТО г. Актобе, г. Астана, г. Талгар, специалистов проекта «НОРЕ», специалиста Международной организации по миграции (МОМ) и общества Красного полумесяца. Ежеквартально проводятся заседания рабочей группы с принятием резолюции и ознакомление с выполнением рекомендаций прошлой резолюции.

На письменное обращение НЦПТ к Национальным программам соседних государств (Таджикистан, Кыргызстан, Узбекистан) по вопросам взаимодействия в контроле за туберкулезом среди мигрантов было получено одобрение.

24.07.2015г. в г. Алматы проведена национальная встреча партнеров по контролю за туберкулезом среди мигрантов, а 17 сентября 2015 года в г. Астане состоялась вторая встреча Рабочей группы.

Принят план работы Национальной Рабочей группы «Миграция и туберкулез» на 2015-2016г.

Вместе с тем, с учетом масштаба проводимых в республике мер по реформированию противотуберкулезной службы, возникли следующие проблемы:

- Загруженность внештатных Национальных координаторов (ведут научную, учебную и практическую работу и без дополнительной оплаты разрабатывают НПА, проводят заочные и очные консультации и привлекаются для проведения МиО).
- Недостаточность штатов в баклаборатории, организационно-методическом отделе и в группе мониторинга и оценки.
- Недостаточное выделение государственного заказа из местного бюджета для привлечения неправительственных организаций в оказание противотуберкулезной помощи труднодоступным слоям населения (потребители инъекционных наркотиков, лица, живущие с ВИЧ, БОМЖ и освободившиеся из мест заключения, а также внутренние и внешние мигранты).
- Слабая материально-техническая база областного противотуберкулезного диспансера Восточно-Казахстанской области в г. Оскемен и бактериологических лабораторий, которые не соответствуют требованиям инфекционного контроля (отсутствие механической вентиляции, зонирования помещений, оснащения оборудованием для обеспечения

биобезопасности), в Западно-Казахстанской, Карагандинской, Кызылординской, Мангистауской, Костанайской, Восточно-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях и КУИС Карагандинской области.

- Ограниченный доступ к ускоренным методам диагностики ТБ и МЛУ ТБ (имеющиеся 23 аппарата G-Хpert не покрывают потребность, недостаточен закуп картриджей, реактивов и расходных материалов для HAIN и ВАСТЕС из местного бюджета).
- Отсутствие доступа к новым, одобренным и рекомендованным ВОЗ, противотуберкулезным препаратам (бедаквилин и деламаид) для лечения больных М/ШЛУ ТБ.

Для решения вышеуказанных вопросов проводятся следующие меры:

- 1) В проект приказа «О внесении дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 238 от 07.04.2010г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» внесены дополнения об освобожденных группах МиО и штатных единицах, ответственных за ведение НРБТ на национальном, областном и районном уровнях, расширение штатов отделения для лечения М/ШЛУ ТБ, бактериологической лаборатории (на согласовании в ДЮС);
- 2) Разрабатывается механизм новой модели финансирования противотуберкулезных мероприятий с дальнейшим расширением амбулаторного лечения больных туберкулезом и М/ШЛУ-ТБ с оказанием унифицированной психосоциальной помощи и дифференцированной оплаты труда медработников;
- 3) Предпринимаются меры по увеличению госзаказа через РБ и МБ по привлечению НПО и аутрич-работников к реализации противотуберкулезных мероприятий среди лиц групп риска;
- 4) Улучшение материально-технических баз бактериологических лабораторий ВКО (ОПТД, РПТД), Карагандинской, Костанайской, ЗКО, Кызылординской, Мангистауской, ЮКО, СКО, КУИС Карагандинской области в соответствии с требованиями инфекционного контроля.
- 5) Централизованное бесперебойное обеспечение реактивами, расходными материалами для внедренных новых методов и сервисного обслуживания оборудования, приобретение еще 44 аппаратов G-Хpert предложены в бюджетную заявку РК на 2016-2018 годы.
- 6) Внедрение новых эффективных противотуберкулезных препаратов и укороченных схем лечения в рамках проекта «EndTB», рассчитанного на четыре года и финансируемого на средства гранта ЮНИТЭЙД на сумму 6,6 миллионов долларов США для лечения 573 больных в Казахстане.

**Тұжырым**

Бұл мақалада республикамызда (2015-2020жж) кешенді жоспарды жүзеге асыру бойынша 2015 жылғы жұмыстарға алдын ала қорытынды жасалған. 2014-2015жж. 9 айын салыстыру талдауында 100 мың тұрғынға шаққанда туберкулезден аурушаңдық 67,3 ден 59,7 дейін 11,3%, ал туберкулезден өлім көрсеткіші 4,4 ден 3,5 дейін 21,2%-ға төмендеген. Туберкулезден аурушаңдық пен өлім көрсеткіштерінің төмендегені барлық облыстарда байқалады. Соған қоса, республикада жүргізілген есепке сәйкес туберкулезге қарсы қызметті қайта қалыптастыру шаралары бойынша біршама мәселелер туындаған және оларды шешу жолдары белгіленген. Әсіресе КДТ ТБ және ДАТ ТБ емдеу үшін елімізге стационарды алмастыра алатын технологияны енгізу туралы мәселелерге қатысты және туберкулезге қарсы іс шараларды қаржыландыру механизмдері мен жаңа үлгілерді даярлау және оған қоса мамандар мәселесін шешу, сонымен қатар психолог мамандар мен әлеуметтік жұмыскерлерді және туберкулезге қарсы іс шараларды жүзеге асыру үшін үкіметтік емес ұйымдар және басқада ұйымдарды жұмысқа тарту. Ішкі және сыртқы мигранттар арасындағы туберкулез жағдайларын емдеу және тіркеуге алу мәселелеріне байланысты 2015-2016жж. «Көші-қон және туберкулез» Ұлттық жұмысшы топтарының жұмыс жоспарын қабылдау.

**Резюме**

В данной статье подводятся предварительные итоги работы за 2015 год по реализации Комплексного Плана (на 2015-2020) в республике. Сравнительный анализ за 9 месяцев 2014-2015г. указывает на снижение заболеваемости на 11,3%, с 67,3 до 59,7, а смертности от туберкулеза - с 4,4 до 3,5 (снижение на 21,2%) на 100 тыс. населения. Снижение показателей заболеваемости и смертности отмечается во всех областях. Вместе с тем,

с учетом масштаба проводимых в республике мер по реформированию противотуберкулезной службы, возник ряд проблем, и намечаются пути их разрешения. Особенно это касается вопросов о внедрении по всей стране стационарозамещающих технологий лечения ТБ, МЛУ и ШЛУ ТБ и решения проблем с разработкой новой модели и механизмов финансирования противотуберкулезных мероприятий, вопроса с кадрами, в том числе кадрами психологов и социальных работников, вовлечения НПО в реализацию противотуберкулезных мероприятий и др. Принят план работы Национальной Рабочей группы «Миграция и туберкулез» на 2015-2016г. , в связи с проблемой регистрации и лечения случаев туберкулеза среди внутренних и внешних мигрантов.

**Summary**

The preliminary results of the activity over 2015 targeted to implement the Comprehensive Plan (for 2015-2020) in the country are given. The comparative analysis of outcomes of treatment during 9 months of 2014-2015 indicates on the decrease of TB incidence by 11.3% from 67.3 to 59.7, while TB mortality from 4.4 to 3.5 (decrease by 21.2%) per 100.000 of population. The decrease is market in all regions. Along with, taking into account the expansion of anti-TB measures in the the country targeted on reforming TB Service some problems arise and are needed to be resolved. Especially in the field of the wide implementation of clinic substituting care technologies to manage TB, M/XDR TB, issue of development of model and mechanisms of finding of anti- activities and including of psychologists and social workers and involvement of NGO to realize the anti-TB measures etc. Plan of the activity of National Working Group on Migration and Tuberculosis has been adopted in connection with the problems with TB cases among internal and external migrants.

УДК 616-002.5:036.22

## Қазақстан Республикасындағы несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің қазіргі эпидемиологиялық жағдайы.

Жұмаш Т.А.<sup>1</sup>, Тойшибаев А.С.<sup>1</sup>, Жұмаш М.Т.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ҚР туберкулез мәселелері ұлттық орталығы, Алматы қаласы.

<sup>2</sup> Қан орталығы, Атырау қаласы.

**Басты сөздер:** Несеп-жыныс жүйесі туберкулезі, эпидемиологиясы, қорытынды.

**Кіріспе**

Қазіргі кезде несеп-жыныс туберкулезіне шалдыққан науқастарды емдеу мен алдын алу шараларын жақсарту үшін, несеп-жыныс туберкулезіне шалдыққандарды дер кезінде анықтап, емдеудің тиімділігін арттыру қажет. Туберкулездің осы түріне шалдыққандардың көпшілігі,

оның жазылуы қиын асқынған түрінде кездеседі. (Васильев.А.В,2000;).

ДДҰ-ның туберкулезбен күресу ұлттық бағдарламасында (DOTS-стратегия) туберкулезге қарсы негізгі дәрілерді белгілі қалыпты жүйемен тағайындап емдеу ұсынылған. Бірақ, несеп-жыныс туберкулезінің асқынған түрлерінде және оның туберкулезге қарсы дәрілерге төзімді түрлерінде бұл бағдарлама тиімсіз. ДДҰ ұсынған бағдарламада туберкулезді хирургиялық жол-

мен емдеу екінші кезекке қойылған. Соған байланысты, ендірілген қысқа мерзімді де қадағаланбалы қалыпты ем тәртібінің тиімді болуы үшін, несеп-жыныс туберкулезінің асқынған және дәрілерге төзімді түрінің алдын алу жолдарын іздестіру қажет. (Weiss S.Y. 1998).

Несеп- жыныс туберкулезі анықталғанға дейін 1-5 және одан да көп жылдар өтеді, сол аралықта науқастар түрлі дәрігерлерде қаралып, басқа ауруларға байланысты емделеді. Соның салдарынан нефротуберкулез созылмалы бүйрек жетімсіздігімен асқынып, науқастар мүгедектікке ұшырайды (Р.К. Ягафарова., Р.В. Гамазков 1998).

Қазіргі кездегі туберкулезді емдеу жүйесі, несеп-жыныс туберкулезінің асқину залалдарының (микрочистис, несеппағар және үрпі стриктурасы) алдын алу мәселелерін шеше алмауда. (Yokogama M. 1998).

Жалпы емдеу мекемелеріндегі дәрігерлердің туберкулез жөнінде мұқияттылығының жоқтығынан несеп-жыныс туберкулезі кеш анықталып, оның асқынған түрлерінің кездесуі 60% болады (Зубань О.Н, 2002ж.). Қазақстан Республикасында туберкулездің эпидемиологиялық көрсеткіштері әлі де болса айтарлықтай мәселе болып отыр. Несеп- жыныс туберкулезін дер кезінде анықтау, жалпы емдеу мекемелеріндегі дәрігерлердің туберкулез жөнінде немқұрайлығына байланысты төменгі деңгейде қалып отыр. Сонымен қатар несеп- жыныс туберкулезінің бірінші рет анықталғандарының ішінде оның асқынған

түрлерінің үлесі 45-60% жетіп отыр. Атап өтілген мәселерді тездетіп шешу арқылы несеп- жыныс туберкулезінің эпидемиологиялық көрсеткіштерін жақсарту аламыз.

**Зерттеудің мақсаты** - Несеп-жыныс туберкулезінің таралуы мен оның клиникалық ерекшеліктерін анықтау.

**Жәдігерлер мен әдістер**

Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының регистрі бойынша Қазақстан Республикасының аумақтарындағы 2010-2014 жылдар аралығындағы несеп- жыныс туберкулезінің эпидемиологиялық ахуалы зерттелді. Регистр бойынша облыстар бойынша несеп-жыныс туберкулезіне бірінші рет шалдыққан науқастар мен осы аурудан өлімге ұшырағандар анықталып. кестеге енгізілді.(№1 кесте).

**Нәтижелері және оларды сараптау**

2010 жылы ең көп науқас тіркелген облыстар Қостанай(17), ОҚО(15), Шығыс-Қазақстан (13), ал несеп- жыныс туберкулезі ең аз тіркелген облыстар Маңғыстау(1), және Батыс-Қазақстан(1) болды.

Несеп- жыныс туберкулезінің аурушандық көрсеткіші жоғары болған облыстар, экологиялық жағынан алғанда экологиялық сәтсіз аумақтар болып есептеледі.

Жалпы аурушандықтың төмендеуімен қатар, несеп-жыныс туберкулезінің аурушандық көрсеткішінің де төмендегені байқалады.

Зерттеу жылдарында несеп-жыныс туберкулезінің аурушандық көрсеткіші төмендеген (100 000 адамға шаққанда 0,005-0,003).

**1 кесте - ҚР 2010-2014 жж несеп- жыныс туберкулезіне шалдыққандар мен қайтыс болғандар**

Облыстар \ Жылдар	2010		2011		2012		2013		2014		Барлығы	
	ау	қ	ау	қ	ау	қ	ау	қ	ау	қ	ау	Қ
Ақмола	2	-	6	1	2	1	2	-	1	-	13	2
Ақтөбе	5	-	-	-	3	-	1	-	1	-	10	-
Алматы	2	-	6	-	4	-	4	-	4	-	20	-
Атырау	2	-	0	-	1	-	1	-	-	-	4	-
Бат. Қазақстан	1	-	2	-	1	-	0	-	1	-	5	-
Жамбыл	9	-	2	-	4	-	1	-	2	-	18	-
Қарағанды	9	-	10	-	4	-	5	3	5	-	33	3
Қостанай	17	-	19	-	13	-	13	-	15	-	77	-
Қызылорда	2	-	1	-	3	-	2	-	2	-	10	-
Маңғыстау	1	-	3	-	2	-	2	-	1	-	9	-
Оңт. Қазақстан	15	-	11	-	15	-	9	1	12	-	62	1
Павлодар	4	-	4	-	3	-	3	-	2	-	16	-
Солт. Қазақстан	2	1	1	-	8	-	6	-	4	-	21	1
Шығ. Қазақстан	13	-	6	-	6	-	5	-	9	-	39	-
Астана қ-сы	5	-	6	-	2	-	1	-	2	-	16	-
Алматы қ-сы	7	1	5	-	1	-	3	-	6	-	22	1
Барлығы	96	2	82	1	72	1	58	4	67	-	379	8

**2 кесте - ҚР 2010-2014 жж несеп- жыныс туберкулезінің аурушаңдығы (100 000 тұрғынға шаққанда)**

Көрсеткіші	Жылы	2010	2011	2012	2013	2014
Жалпы аурушаңдық		95,3	86,6	81,7	73,4	66,5
Несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдығы.		0,005	0,004	0,004	0,003	0,003

**3 кесте - ҚР 2010-2014 жж несеп- жыныс туберкулезінің өлім көрсеткіші (100 000 адамға шаққанда)**

Көрсеткіштер	Жылдар	2010	2011	2012	2013	2014
Жалпы өлім		10,6	8,4	7,4	5,6	4,7
Несеп-жыныс туберкулезінің өлімі		0,0001	0,0001	0,0001	0,0002	0,0001

Соңғы жылдары Қазақстан Республикасында несеп-жыныс туберкулезінің өлім көрсеткішінің тұрақталғандығы байқалады.

Несеп - жыныс туберкулезінің аурушаңдық және өлім көрсеткіштерінің төмендегенімен, оның асқынған түрінде кездесуі (45-60%) эпидемиологиялық жағынан алғанда несеп- жыныс туберкулезінің мәселесі әлі күрделі күйде қалуда.

Несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткішінің төмендеу болуы, жалпы емдеу мекемелеріндегі дәрігерлердің несеп- жыныс туберкулезін анықтау әдістерін жете білмеуінде болып отыр. Соған байланысты несеп-жыныс туберкулезіне шалдыққан науқастар дер кезінде анықталмауда.

Сонымен, несеп- жыныс туберкулезі дер кезінде анықталмағандықтан оның аурушаңдық көрсеткіштері нақты эпидемиологиялық жағдайды толық білдірмейді. Несеп- жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткішіне оны ерте анықтау мен тіркеу көп ықпал етеді.

**Қорытынды.**

Несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткіші жоғары болған облыстар, экологиялық жағынан алғанда экологиялық сәтсіз аумақтар болып есептеледі. 2010 жылы ең көп науқас тіркелген облыстар Қостанай (17), Шығыс-Қазақстан (13) болса, ал 2014 жылы Қостанай (15), ОҚО (12) болды.

2013 жылы несеп-жыныс туберкулезі Қарағанды(3) және ОҚО(1) облыстарында ғана тіркелген. Несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткішінің деңгейіне, осы кеселді дер кезінде анықтау мен тіркеу көп әсер етеді.

**Әдебиеттер**

1. Васильев А.В. Внепочечный туберкулез. - М., 2000.- С.321-317.
2. Зубань О.Н. Причины, диагностика и лечение дисфункции мочевого пузыря с нефротуберкулезом: Автореф. дис.канд.мед.наук - СПб., 2002.-28с.

3. Ягафарова Р.К., Гамазков Р.В. Диагностика и лечение туберкулезе мочевой системы. -М.,1998. -156с.

**Тұжырым**

Несеп- жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткіші жоғары болған облыстар, экологиялық жағынан алғанда экологиялық сәтсіз аумақтар болып есептеледі. Жалпы аурушаңдықтың төмендеуімен қатар, несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткішінің де төмендегені байқалады. Зерттеу жылдарында несеп-жыныс туберкулезінің аурушаңдық көрсеткіші төмендеген (100 000 адамға шаққанда 0,005-0,003).

**Резюме**

Регионы, в которых наиболее высока заболеваемость мочеполовым туберкулезом, расположены в неблагоприятной зоне, с серьезными экологическими проблемами. Со снижением уровня общей заболеваемости отмечается снижение заболеваемости мочеполового туберкулеза. За изучаемый период показатель заболеваемости мочеполовым туберкулезом снизился (0,005-0,003 на 100 000 населения). Значительное влияние на динамику показателей, характеризующих заболеваемость мочеполовым туберкулезом, имеет организация выявления и регистрация туберкулеза мочеполовой системы.

**Summary**

Regions with the highest incidence of genitourinary tuberculosis, are located in a hostile area, with a severe environmental problems. With a reduction in overall morbidity declines incidence of genitourinary tuberculosis. During the study period the incidence rate of genitourinary tuberculosis decreased (0,005-0,003 per 100 000 population). Significant impact on the dynamics of indicators of the incidence of genitourinary tuberculosis, has the organization to identify and registration of genitourinary tuberculosis.

УДК

## Анализ диспансеризации пациентов «0» группы диспансерного учета по Жамбылской области за 2013-2014г.г.

**Кабдрахимова А.А.**

Областной противотуберкулезный диспансер, г.Тараз

**Ключевые слова:** туберкулез, диспансеризация, 0 группа, активность

В сложившейся сложной эпидемиологической ситуации по туберкулезу, с высоким уровнем множественной лекарственной устойчивости туберкулеза легких, одной из актуальных проблем остается повышение эффективности лечебных мероприятий при туберкулезе путем раннего выявления. Деятельность противотуберкулезной (фтизиатрической) службы определяется нормативными документами (приказами, методическими рекомендациями, инструкциями и т.д.), утвержденными Министерством здравоохранения РК., основная задача которых - усиление борьбы с туберкулезом. Согласно приказа МЗ РК №19 от 22 августа 2014 года, на диспансерном учете по «0» группе наблюдаются лица с сомнительной активностью туберкулеза. Данным понятием обозначают туберкулезные изменения в легких и других органах, активность которых представляется неясной. Для уточнения активности туберкулезного процесса выделена 0 (нулевая) группа диспансерного наблюдения, назначение которой состоит в проведении комплекса диагностических мероприятий и наблюдение в динамике в противотуберкулезных организациях. Основной комплекс диагностических мероприятий осуществляют в течение 2-3 недель. Лицам 0 группы осуществляются лабораторные, клинкорентгенологические, инструментальные и другие методы исследования, включая туберкулино-диагностику с 2ТЕ и «Диаскинтест» (по показаниям). Из нулевой группы пациенты могут быть переведены в первую группу учета или сняты с диспансерного учета с передачей в ПМСП. Лицам

0 группы ПТП не назначаются, срок наблюдения - до 6 месяцев.

Нами проведен анализ зарегистрированных случаев в 0 группе по Жамбылской области за 2013-2014 годы. В 2013 году зарегистрировано в данной группе 209 случаев, в 2014 году - 208 случаев (табл. 1). Во всех случаях проведены необходимые виды диагностических исследований, дано заключение ЦВКК.

Анализ по возрасту 417 лиц, находившихся под наблюдением, показывает, что основную часть составляют лица в возрасте 30-55 лет, причем удельный вес мужчин - 73,6 %.

Количество лиц, ранее не принимавших противотуберкулезное лечение (подозрение на новый случай туберкулеза), составило в 2013 году 177 (84,6%), остальные 32 (15,4%) - из числа снятых с ДУ в прежние годы. В 2014 году соответственно – 93,7% и 6,3% .

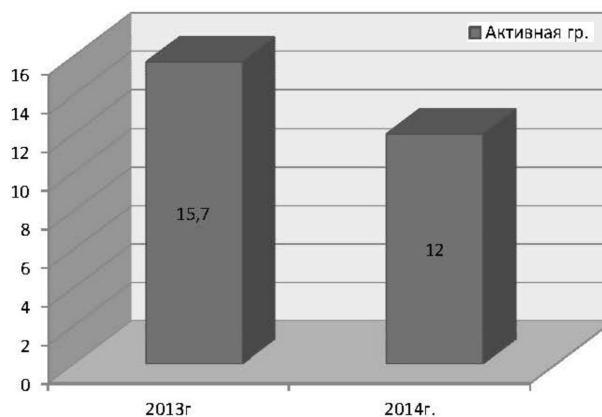


Рисунок 1 – Всего взято в активную группу

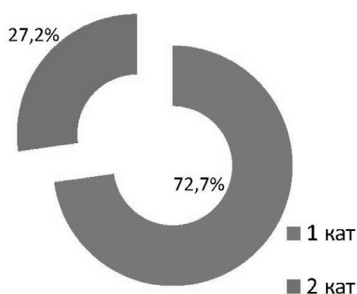
**Таблица 1 – количество зарегистрированных по «0» группе в различных возрастных категориях**

Год	Зарегистрированы всего по «0» группе	Возрастные группы					Муж/ жен
		0-14	15-17	18-29	30-55	56 и >	
2013 год	209	4	3	55	117	30	153/56
2014 год	208	2	4	44	113	45	154/54
всего	417	6	7	99	230	75	307/110

**Таблица 2 – Распределение активных форм туберкулеза по диспансерным группам в 2013, 2014 годах**

Определен активный туберкулез			
	1А группа	1 Б группа	1 В группа/из них НС
2013 год -209 лиц	24	9	-
2014 год -208 лиц	15	4	6/1

2013 год



2014 год

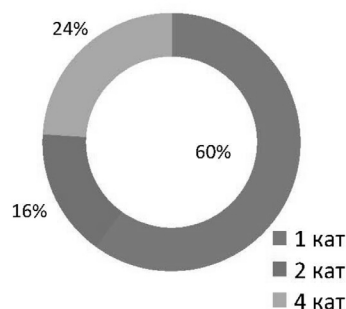


Рисунок 2 - Распределение по категориям лечения

Наблюдение за пациентами проводилось, согласно действующим нормативно-правовым документам, до 6 месяцев, с контрольным обследованием и представлением на ЦВКК. В результате наблюдения из 209 случаев, зарегистрированных в 2013 году, в активную группу переведено 33 больных, что составило 15,7%, за 2014 год - 25 из 208 (12%).

В 2013 году среди переведенных в активную группу, 72% взято на лечение по 1 категории, 28% - по 2 категории. В 2014 году по 1-ой категории взято 15 (60%), по 2-ой - 4 (16%), по 4-ой - 6 (24%).

Как видно из таблицы 2, в 2013 и 2014 годах в основном больные взяты на лечение по 1 категории, всем больным проведено культуральное обследование. Из них в 2013 году больных МЛУ ТБ не было, а 2014 году уже выявлены 6 больных устойчивой формой туберкулеза, в том числе в 5 случаях это были больные с рецидивами.

По клиническим формам преобладал инфильтративный туберкулез (85%), запущенных случаев не выявлено. Всем больным было назначено стандартное лечение препаратами в соответствии с категорией лечения. Все снятые с диспансерного учета по «0» группе повторно не обращались, результаты контрольных флюорообследований через 6 месяцев патологии не выявили

#### Литература

1. Приказ МЗ СР РК №19 от 22.08.2014 г. «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу».
2. Статистические данные по Жамбылской области за 2013-2014 г.г.

#### Тұжырым

Жамбыл облысы бойынша 2013-2014 жылдары ішінде 0 тобы бойынша- 417 науқас туберкулезге күдікті белсенділікпен диспансерлік есепке алынды, бақылау барысында туберкулездің белсенділігі- 13,9 %, белсенді еместігі -86,1 % құрады. 0 тобын бақылау арқылы белсенді туберкулезге дұрыс сараланған диагностика жүргізуге және сау адамдарды туберкулезге қарсы препараттарымен негізсіз емдеудің алдын алуға мүмкіндік берді.

#### Резюме

В течение 2013-2014 годов в Жамбылской области взято на учет 417 больных по «0» группе диспансерного учета с сомнительной активностью и в ходе наблюдения всего в 13,9% случаев выставлен активный туберкулез, а в 86,1% - активность исключена. Наблюдение в «0» группе дало возможность правильно провести дифференциальную диагностику активного туберкулеза и предупредить необоснованное назначение противотуберкулезных препаратов.

#### Summary

During 2013-2014 in Zhambyl oblast there were registered 417 patients for the group "Zero" of dispensary registration with doubtful activity, during the observation active tuberculosis is confirmed only in 13.9% of cases while TB activity was absent in 86.1%. A supervision in the group "Zero" gave possibility to conduct correctly the differential diagnostics of active tuberculosis and to prevent groundless treatment for healthy persons with anti-TB drugs .

УДК:

## Мультирезистентный туберкулез в районе им. Г.Мусрепова Северо–Казахстанской области

**Шабикова К.Ж., Чернышова В.В.**

Областной противотуберкулезный диспансер,  
г. Петропавловск, СКО

**Ключевые слова:** впервые выявленный ТБ, мультирезистентный туберкулез, рецидив, причины развития устойчивости

Лекарственно-устойчивый туберкулез является глобальной проблемой современности. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется полмиллиона новых случаев заболевания МЛУ ТБ. Туберкулез с лекарственной устойчивостью характеризуется высокими показателями смертности, при сложности и высокой стоимости его лечения. На протяжении многих десятилетий Казахстан является одной из стран Евразии с наиболее высоким бременем туберкулеза. Как показал анализ некоторых отечественных исследований, за годы постперестроечного периода в стране, по ряду причин социально-экономического характера, сформировался значительный контингент больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Однако в последние годы в Республике Казахстан, благодаря комплексу проводимых противотуберкулезных мероприятий, при постоянной финансовой поддержке Правительства, отмечается стойкая тенденция к снижению показателей заболеваемости, распространённости, смертности и инвалидности от туберкулеза. Важным направлением в деятельности Министерства здравоохранения и Национального центра проблем туберкулеза РК по профилактике, предупреждению развития устойчивого туберкулеза являются выявление, диагностика, лечение и мониторинг лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, что составляет основу Национальной Программы борьбы с туберкулезом.

При постоянной помощи и мониторинге со стороны вышестоящих по вертикали противотуберкулезных учреждений, а также благодаря координации работы с

сетью первичной медико-санитарной помощи, в районе им.Г.Мусрепова проводятся противотуберкулезные мероприятия по выявлению и наблюдению за МЛУ ТБ.

Следует отметить, что в 2011 году здесь открылся Межрайонный противотуберкулезный диспансер на 80 коек и 90 посещений в смену, который обслуживает 4 близлежащих района, и это событие оказало решающее воздействие на оживление профилактической работы по профилактике туберкулеза, в том числе МЛУ ТБ. Диспансер оснащен современными флюорографическими и рентгенологическими аппаратами, базовой лабораторией, развернуты и функционируют кабинеты сбора мокроты при стационаре. Оснащенность стационара проведена согласно современным требованиям инфекционного контроля: двухместные палаты с санузелом, раковиной и душевыми кабинами. Это исключает тесный контакт больных друг с другом. Соблюдается принцип «красной зоны», масочный режим, режим вентиляции и кварцевания.

Итак, **целью нашего исследования** является изучение динамики развития мультирезистентных форм туберкулеза за период с 2012г. по 2014г. Для иллюстрации приводим данные по заболеваемости МЛУ ТБ за этот период.

На таблице 1 видим, что наблюдается снижение МЛУ ТБ, как среди новых случаев, так и ранее леченных. Количество новых случаев МЛУ ТБ снизилось на 7 случаев, так, в 2012 году было 10 случаев, а в 2014 году - 3 случая МЛУ ТБ. Среди ранее леченных произошло снижение на 12 случаев, с 23 случаев в 2012 году до 11 случаев в 2014 году.

На таблице 2 можно увидеть, что количество активных форм МЛУ ТБ снизилось на 9,8%, так, в 2012 году

**Таблица 1 – Частота встречаемости случаев МЛУ ТБ по годам**

Случаи	2012 г.	2013 г.	2014 г.
МЛУ среди новых случаев	10	5	3
МЛУ среди ранее леченных	23	17	11
ВСЕГО	33	22	14

**Таблица 2 - Количество больных с активными формами МЛУ ТБ, среди всех случаев активного туберкулеза по годам**

	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Всего активных форм туберкулеза	68	45	46
Активных форм МЛУ ТБ	23	17	11
%	33,8	37,8	24,0

Таблица 3 - Распределение больных МЛУ ТБ по возрасту и полу

Возраст	Муж.	%	Жен.	%
До 20 лет	2	2,9	-	-
21 - 30	8	11,6	6	8,7
31 - 40	21	30,4	4	5,8
41 - 50	14	20,3	4	5,8
51 и старше	5	7,3	5	7,2
Всего	50	72,4	19	27,6

процент активных форм МЛУ ТБ составил 33,8%, а в 2014 году – 24,0%.

При изучении социально – демографического состава больных туберкулезом отмечается преобладание лиц наиболее трудоспособного возраста, то есть 21 - 50 лет.

Из таблицы 3 можно заметить, что лица мужского пола болеют МЛУ ТБ почти в 2 раза чаще, чем женского.

#### Выводы

Основным выводом из проведенных нами исследований может быть то, что по району идет снижение МЛУ ТБ, как среди новых, так и среди ранее леченных больных.

Изучение причин такого снижения показало, что это обусловлено, в первую очередь, расширением доступа к ускоренной диагностике методом GХpert лиц с подозрением на туберкулез и МЛУ ТБ, причем обеспечение реактивами и расходными материалами для всех методов бактериологической и молекулярно-генетической диагностики МЛУ ТБ производится бесперебойно. Основной же причиной следует считать применение и четкое соблюдение рекомендованных режимов лечения больных МЛУ ТБ, строгое следование принципам лечения всех больных туберкулезом под непосредственным наблюдением. Кроме того, благодаря внедрению мероприятий по повышению приверженности больных к лечению под непосредственным наблюдением, включая социальную поддержку, удалось значительно снизить основные эпидемиологические показатели по туберкулезу.

#### Тұжырым

Бұл мақалада көптеген дәріге төзімді туберкулезді төмендету динамикасы қарастырылған, науқастардың

жынысы мен жас санатына қарай талдау өткізілген және соңғы 3 жылда Мүсірепов атындағы ауданда туберкулез жағдайының төмендеу себептері мысалға алынып түсіндірілген.

#### Резюме

В данной статье прослеживается динамика снижения заболеваемости МЛУ ТБ, проводится анализ выявленных больных по категориям пола и возраста и объясняются причины уменьшения возникновения таких случаев на примере района им. Мусрепова за последние 3 года.

#### Summary

This paper observed the dynamics of decrease in MDR TB incidence, analysis of patients by gender and age categories was conducted. The reasons of decrease of such cases emergence during last 3 years are given in the certain district: rayon named after G. Musrepov.

#### Литература

1. Исмаилов Ш.Ш., Назирова Н.И., Ни З.И. и др. Роль сети ПМСП по контролю над туберкулезом: Метод. Рекомендации. – Алматы 2008 год
2. А.С.Ракишева, Г.Цогт. Фтизиатрия: Учебник. Алматы 2014 год.
3. Сборник приказов по туберкулезу в Республике Казахстан.
4. Основные показатели деятельности здравоохранения СКО Информационный бюллетень.
5. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан/ Астана 2014г.



## Эффективность работы противотуберкулезной службы по району им. Г. Мусрепова Северо-Казахстанской области за 2012 – 2014 гг.

**Шабикова К.Ж.**

Межрайонный противотуберкулезный диспансер р-на им. Г.Мусрепова, СКО

**Ключевые слова:** туберкулез, выявляемость, диспансерное наблюдение, группы риска

Как и во всем мире, для Казахстана проблема борьбы с туберкулезом, включая МЛУ ТБ, за последние два десятилетия не теряет своей актуальности и входит составной частью в Республиканскую Программу «Саламатты Қазақстан», являясь непосредственно основным предметом Национальной Программы по борьбе с туберкулезом в стране.

Выдающимся событием для фтизиатров 4 районов области оказалось открытие КГП на ПХВ «Межрайонный противотуберкулезный диспансер р-на им. Г.Мусрепова», который был введен в эксплуатацию в октябре 2011 года. В нем функционирует стационар на 80 коек и поликлиническое отделение диспансера на 90 посещений в смену.

Работа межрайонного противотуберкулезного диспансера направлена на снижение заболеваемости, инфицированности туберкулезом, инвалидности и смертности населения обслуживаемого района. Диспансер проводит работу по следующим основным направлениям:

- Профилактика туберкулёза (организация профилактической вакцинации и ревакцинации, санация очагов туберкулезной инфекции, химиопрофилактика, санитарное просвещение)
- Своевременное выявление заболевших туберкулёзом (массовые профилактические осмотры, подворовые обходы)
- Систематическое наблюдение за пациентами диспансера
- Организация комплексного лечения

Поликлиническое отделение диспансера для обслуживания 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 определяется и согласовывается список групп риска и обязательного контингента для профилактического осмотра. Проводится контроль над их обследованием.

**Целью настоящей работы** является оценка эффективности противотуберкулезной службы в районе им. Габита Мусрепова СКО.

За последние годы по району отмечается снижение эпидемиологических показателей по туберкулезу. Так, заболеваемость в 2014 году снизилась на 25,6% по сравнению с 2012 годом и составила 66,7 против 92,3 в 2012 году на 100 тыс. населения.

Смертность от туберкулеза в районе в 2014 году снизилась на 2,2 по сравнению с 2012 годом и составила 2,2 против 4,5 на 100 тыс. населения.

За последние 2 года снизилось выявление туберкулеза бактериоскопическим методом – с 48,7% в 2012 до 41,4% в 2014 году, что, по – видимому, связано со снижением количества случаев среди впервые выявленных больных – бактериовыделителей с 21 человека до 17 человек.

**Таблица 1 – Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в районе им. Г.Мусрепова СКО на 100 тыс. населения**

Эпидемиологические показатели	2012 год		2013 год		2014 год	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Заболеваемость	41	92,3	25	56,8	29	66,7
Боллезненность	68	153,2	63	142,3	47	108,0
Смертность	2	4,5	1	2,3	1	2,3

**Таблица 2 – Выявляемость больных туберкулезом.**

Методы выявления туберкулеза	2012 год	2013 год	2014 год
Выявлено проф. осмотрами	9,8	16,0	10,3
Выявлено по обращаемости	41,5	40,0	48,3
Выявлено бактериоскопическим методом	48,7	44,0	41,4

**Таблица 3 – Структура клинических форм**

Клинические формы	2012 год	2013 год	2014 год
Инфильтративный туберкулез легких	75,6	80,0	65,5
Первичный туберкулезный комплекс	4,8	4,0	0
Очаговый туберкулез легких	17,6	80,0	20,7
Другие формы	2,0	0	10,3
Туберкулезный плеврит	0	8,0	3,5

**Таблица 4 – Исходы лечения больных**

Группы	2012 год		2013 год		2014 год	
	абс	%	абс	%	абс	%
Успех лечения (вылечен и лечение завершено)	28	68,3	21	84,0	27	93,1
Переведен в IV категорию	13	31,7	3	12,0	2	6,9
Умер	-	-	-	-	-	-
Неудача лечения	-	-	1	4,0	-	-
ВСЕГО	41	100,0	25	100,0	29	100,0

Среди впервые выявленных больных по социальным характеристикам определено, что 75-80% больных являются безработными, 3-4% - лицами без определённого места жительства, 8-10% страдают алкоголизмом и наркоманией и 4% относятся к благополучным слоям населения.

В структуре клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких – 75,6%, 80,0% и 65,5% по годам, соответственно.

Успех лечения («вылечен» и «лечение завершено») в 2012 году был достигнут у 68,3%, в 2013 году у 84,0% и в 2014 году у 93,1% больных (таблица 4). В целом показатель излечения оказался на уровне 85,0%.

Число больных с множественной лекарственной устойчивостью имеет тенденцию к снижению, а именно: с 31,7% в 2012 году до 6,9% в 2014 году.

**Литература**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007г. №1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан».
2. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г.
3. Исмаилов Ш.Ш. Актуальные вопросы фтизиатрии, Алматы, 2011.
4. Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Аденов М.М. и др. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.- Алматы, 2009.-108с.
5. Исмаилов Ш.Ш., Назирова Н.И., Ни З.И. и др. Роль сети ПМСП по контролю над туберкулезом: Метод. Рекомендации. – Алматы 2008 год

6. Ракишева А.С., Цогт Г.Т. Фтизиатрия.-Алматы 2014.- 420с.
7. Сборник приказов по туберкулезу в Республике Казахстан.
8. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан (за 2011-2014гг.).
9. Основные показатели деятельности здравоохранения СКО// Информационный бюллетень

**Тұжырым**

Солтүстік Қазақстан облысы Ғабит Мүсірепов атындағы ауданда эпидемиологиялық көрсеткіш бойынша туберкулезден сырқаттану анағұрлым төмендеген, бұл науқастардың әлеуметтік жағдайларының жақсаруынан, жұмыс орнының артуынан, туберкулезге қарсы мекемелерде материалдық-техникалық базалардың жетілуіне байланысты болып отыр.

**Резюме**

Таким образом, в районе им. Габита Мусрепова Северо-Казахстанской области эпидемиологический показатель по туберкулезу имеет стойкую тенденцию к снижению, в связи с улучшением социально-бытовых условий больных, увеличением рабочих мест, улучшением материально- технической базы противотуберкулезного учреждения.

**Summary**

Thus, epidemiological indicators on tuberculosis is the stable tendency to decrease in connection with improvement of social and living conditions of patients, increase in number of work vacancies, improvement of the logistic base of TB institution.

УДК

## Влияние социальных факторов стресса на развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью

**Бектасов С.Ж.**

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ СР РК, Алматы*

**Ключевые слова:** туберкулез, социальные факторы, стресс, множественная лекарственная устойчивость

Эффективное выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий позволило стабилизировать эпидемическую обстановку по туберкулезу в Казахстане. Однако, несмотря на эти положительные моменты, остается много проблем, в первую очередь - это высокий уровень распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Выраженный психоэмоциональный стресс, следствием чего является развитие депрессивных состояний разной степени выраженности, является одним из факторов, оказывающих влияние на развитие, течение и исход туберкулеза. Фтизиатры, даже при индивидуальном подходе к терапии, далеко не всегда принимают во внимание факт стрессогенного воздействия заболевания в ответ на сообщение больному о диагнозе «туберкулез», особенности эмоционального статуса больного, состояние его регуляторных систем и влияние совокупности этих факторов на течение и исход заболевания [1-7]. Изучение влияния социальных факторов и стресса на развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью представляет большую значимость, так как позволяет определить перечень проблем, на которые в первую очередь должны быть направлены усилия общества, что и определяет актуальность проведенного исследования.

Целью исследования явилось изучение влияния социальных факторов и стресса на развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ)

Для решения поставленной цели было проведено анкетирование 150 пациентов, находившихся на стационарном лечении в НЦПТ РК, при этом выделено 2 группы: опытная – больные МЛУ ТБ –IV категории, и контрольная - больные I категории (с чувствительными МБТ). Изучены медико-социальная и клинко-эпидемиологическая характеристики больных МЛУ ТБ, проанализированы результаты тестирования больных по шкале Х.Холмса-Реэ (Rahe P.H.et.al, 1974) для определения силы перенесенного стресса, и по шкале Гамильтона (HDRS) - для оценки уровня депрессии.

Установлено, что среди больных МЛУ ТБ достоверно выше доля мужчин, составившая 90,0%  $\pm$  2,7(P < 0,01). Распределение пациентов по возрасту позволило также установить, что в структуре больных туберкулезом преобладали лица трудоспособного возраста: 30-39

лет (50%).

Исследования показали, что пациенты преимущественно проживают в неблагоустроенных частных домах (65,0%). Анализ семейного положения показал преобладание больных, не состоящих в браке – 55,7 % (P < 0,001).

В общей структуре опрошенных больных, удельный вес неработающих граждан оказался достоверно высок (95,0  $\pm$  2,7%, P > 0,001). Остальная часть соответственно приходилась на другие социальные группы (пенсионеры, инвалиды, домохозяйки). Особенностью социального состава больных, пролеченных в стационаре, является значительная доля временно неработающих граждан 27% (P > 0,05). Как известно, потеря или отсутствие работы являются сильнейшим стрессом для человека, патогенное влияние которого очень часто реализуется через болезнь.

Результаты исследования свидетельствуют о значительном распространении среди больных МЛУ ТБ вредных привычек. По данным опроса, курят 70 % больных, употребляют алкоголь – 20%, наркотики – 10%.

Показано, что 15,4% больных (P > 0,05) употребляют спиртные напитки ежедневно. Употребление спиртного 2-3 раза в неделю установлено соответственно в 5,3% и 6% случаев, 3-4 раза в месяц – 16,3  $\pm$  2,1% и 10,7  $\pm$  1,8 случаев.

При анализе сравнительной шкалы реакций на отдельные события (по Холмсу и Раэ) оказалось, что у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью достоверно чаще встречались изменения, связанные с социальным статусом – тюремное заключение (75%, P < 0,001), имелись также изменения в организме, связанные с болезнью – (70%, P < 0,001), изменения в семье – смерть близкого родственника - 70%, P < 0,001, 70%, P < 0,001, изменение финансового положения - 65% (P < 0,001), изменение жилищных условий - 40% (P < 0,001). Данные явления встречались в группе больных с устойчивым туберкулезом достоверно чаще, чем у больных, выделяющих чувствительные штаммы микобактерий туберкулеза.

Оценка психоэмоционального напряжения показала, что все больные за указанный срок пережили те или иные психотравмирующие ситуации, из которых чаще всего отмечались такие события, как смерть одного из супругов (35,6%, развод (22,7%) смена или потеря работы (41,7%). Помимо этого, сам факт развития (или обострения) заболевания представляет собой значительное

стрессовое событие, которое оставляло значительный негативный психоэмоциональный след. Следствием длительного психического напряжения было развитие невротических состояний. Так, среди получающих лечение по первой категории легкая степень депрессии была выявлена у 21% больных, получающих лечение по 2 категории - у 14% и по 4 категории - у 25,0% пациентов. Субдепрессивные состояния были соответственно диагностированы у 4 (4,0%), 9 (9,0%), 10 (10%) больных, а истинная депрессия - у 12 больных инфильтративным туберкулезом и у 5 - фиброзно-кавернозным.

По шкале Гальминтона у больных туберкулезом чаще выявлялась соматическая тревожность (73% случаев), нежели психическая (48% случаев). При этом сочетание соматической и психической тревоги было более характерным для тяжелых и хронически текущих форм туберкулеза, лечение которых осуществлялось по 4 категории (31,0 и 30,0% случаев соответственно).

Таким образом, на развитие туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью оказывают влияние такие социальные факторы, как отсутствие работы (95%), проживание в неблагоустроенной квартире (65%), вредные привычки (курение - 70%, употребление алкоголя - 20%, наркомания - 10%).

Развитию туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью предшествуют стрессовые состояния (пребывание в местах лишения свободы - 97%, болезнь - 75%, изменение финансового положения - 65%, жилищных условий - 40%) и депрессия (средней тяжести - 25%, тяжелая - 25%).

Результаты исследования показали, что туберкулез во всех изученных случаях развивался на фоне выраженного негативного психоэмоционального стресса, следствием чего было развитие у больных депрессивных состояний разной степени выраженности.

Проведение психодиагностического скрининга у больных МЛУ ТБ позволяет выявить признаки стресса на начальных стадиях его формирования и провести его коррекцию, что в целом улучшит эффективность проводимой терапии.

### Литература

1. Васильева Л.С. Клинические варианты лечения туберкулеза легких как проявление адаптационных реакций организма в условиях различных эпидемиологических периодов /Л.С.Васильева, Т.П. Филиппова/ Сибирский медицинский журнал. - 2006. - № 9. - С. 5-12.
2. Филиппова Т.П. Течение туберкулеза легких у больных с различным функциональным состоянием основных адаптационных систем организма //Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники и диагностики туберкулеза.- Иркутск.-2007.-С.120-125.
3. Филиппова Т.П.. Туберкулез и стресс / Т.П. Филиппова, Л.С.Васильева,, А.В.Кочкин .- Иркутск.-2007.- 157 с.

4. Альмагамбетова А.С., Узбекова А.А., Дайшева Г.Т. и др. Влияние стресса на течение впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких //Батыс Казахстан медициналық журналы. - Ақтобе, 2006- № 3.- С .60-63.
5. Белова Е.С., Бектасов С.Ж., Перзадаева К.А. и др. Особенности стрессогенной реакции у больных туберкулезом и ее влияние на течение болезни. // Передовые информационные и инновационные технологии в системе Мед.центра Управления делами Президента РК: Материалы 2-й Международной науч.-практ. конф. - Боровое, 2002. - С. 238 -240.
6. Белова Е.С., Егенова Л.П. Стресс и туберкулезная инфекция //Международная конференция Контроль за туберкулезом и внедрение стратегии DOTS в Казахстане: сб. тр.- Алматы, 2000. - С.89-90.
7. Белова Е.С., Адильгиреева Л.Х., Ахметгалиева С.С. и др. Особенности развития туберкулезной инфекции на различных этапах иммобилизационного стресса у морских свинок //Фтизиопульмонология, №1(5).- Алматы, 2004. - С. 36-39.

### Тұжырым

Туберкулез микобактериясы бар өкпе туберкулезі ауруы психологиялық шошынуға әкеп соғады, осы жағдайға себепкер көп дәріге төзімді туберкулез сараптамасы болуы да мүмкін. ҚДТ ТБ дамуына байланысты осы санаттағы науқастардың тиімді емделуін жетілдіру үшін психологиялық емдеу мен қатар дәрі дәрімектердің қосымша әдістерімен емдеудің іс шараларының кешенін қосу мүмкіндігін анықтайды.

### Резюме

К заболеванию туберкулезом легких, наряду с инфицированием МБТ, приводит длительный психоэмоциональный стресс, переживаемый человеком, при этом стресс-фактором является и сам диагноз МЛУ ТБ. Выявленное влияние стрессогенных факторов на развитие МЛУ ТБ определяет необходимость включения в комплекс лечебных мероприятий дополнительных методов медикаментозной и психотерапевтической коррекции, что позволит повысить эффективность лечения данной категории больных.

### Summary

The durable psycho-emotional stress supported by human being along with tuberculosis infection can lead to TB disease development. At this the diagnosis of MDR TB itself is the stress factor yet. The revealed impact of the stressogenic factors on MDR TB disease development determines the necessity of inclusion of the supplementary methods of medicamentous and psychotherapeutic correction in the comprehensive medical care measures that will allow to enhance the effectiveness of treatment of this category of patients.

## Особенности рецидивов туберкулеза у лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями

**Мясникова Г.А.**

*Противотуберкулезный диспансер Ауэзовского района, г.Алматы*

**Ключевые слова:** туберкулез, рецидив, посттуберкулезные изменения

За последнее десятилетие в эпидемиологии туберкулеза произошли изменения, которые характеризуются снижением показателей заболеваемости и смертности. Выявление и диагностика рецидивов туберкулеза является составной частью борьбы с туберкулезом, которая заключается в идентификации случаев этого заболевания на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) при плановых профилактических осмотрах населения группы риска и при обследовании пациентов, обратившихся за медицинской помощью [1-3]. Вовлечение врачей-терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей учреждений ПМСП в мероприятия по своевременному выявлению больных туберкулезом, особенно заразных и эпидемиологически опасных – довольно трудная задача [4-6]. Практика показывает, что выявление и диагностика рецидивов заболевания на уровне ПМСП существенно запаздывает и создает реальный «скрытый резервуар» инфекции, что усугубляет патоморфоз туберкулеза [7-9].

Таким образом, всё вышеизложенное диктует необходимость дальнейшего изучения различных аспектов возникновения повторного заболевания туберкулезом в условиях современной эпидемической ситуации, поиска путей совершенствования диспансерного и поликлинического контроля за лицами, перенесшими туберкулез. Решение указанной задачи является актуальным, поскольку открывает новые подходы к предупреждению рецидивов туберкулеза.

**Цель исследования:** Изучить особенности течения рецидивов туберкулезного процесса у лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями и их выявление в учреждениях ПМСП.

**Задачи исследования:**

Определить особенности выявления рецидивов туберкулезного процесса у лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями, наблюдавшихся в поликлинической группе риска.

Установить зависимость степени тяжести рецидивов туберкулезного процесса от сроков проведения профилактических осмотров.

**Материалы и методы исследования**

В соответствии с поставленными задачами, нами были исследованы амбулаторные карты 235 больных с

рецидивами туберкулеза, взятых на учет в противотуберкулезном диспансере Ауэзовского района г.Алматы за период 2010г.-2013г. Все больные до выявления реактивации специфического процесса в различные периоды времени наблюдались в поликлинической группе риска среди лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями в органах грудной клетки. Проведено ретроградное исследование экстренных извещений по форме № 089/у, переданных в территориальные органы ГСЭН. Детально проводилось исследование больных по полу и возрасту, регулярности флюорографических исследований, эпидемиологическому статусу и клиническому диагнозу.

При статистической обработке материала использовался метод вариационной статистики. Математическая обработка полученных данных заключалась в определении средней ошибки, средней арифметической и коэффициента достоверности.

**Результаты исследования и их обсуждение**

На основании проведенного анализа установлено, что за период 2010-2013 годов рецидивы туберкулезного процесса были установлены у 235 больных, в различное время наблюдавшихся участковыми терапевтами учреждений ПМСП в поликлинической группе риска для лиц с остаточными посттуберкулезными изменениями. После окончательного вынесения диагноза все больные переведены в активную группу и взяты на диспансерный учет в противотуберкулезном диспансере.

Распределение по половозрастному признаку когорты больных с рецидивами, выявленных в учреждениях ПМСП Ауэзовского района г.Алматы в 2010-2013гг., представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что более 72,0% больных составляли лица молодого и среднего возраста от 18 до 50 лет. В когорте больных с рецидивами туберкулеза мужчины составляли 64,8%, женщины – 35,2%. На первом месте по возникновению рецидивов туберкулезного процесса находилась группа лиц в возрасте 18-30 лет (29,5%) за счет преобладания женщин, показатель которых составил  $44,2 \pm 0,20\%$  против  $23,0 \pm 0,07\%$  мужчин при статистически достоверной разнице, равной  $p < 0,01$ . На втором месте - группа лиц в возрасте 31-40 лет (26,2%) за счет преобладания мужчин, показатель которых составил  $27,6 \pm 0,07\%$  против женщин  $18,6 \pm 0,03\%$  со статистически достоверной разницей  $p > 0,05$ . Рецидивы туберкулезного процесса в возрасте 41-50 лет среди мужчин встречались в 3,2 раза чаще, чем у женщин и, соответственно, составляли  $22,5 \pm 0,06\%$  против  $7,0 \pm 0,01\%$

**Таблица 1 - Анализ по половозрастному признаку больных с рецидивами туберкулеза, выявленными в учреждениях ПМСП Ауэзовского района г.Алматы за период 2010г. -2013г. (%)**

	абс	%	абс	%		абс	%
17	1	0,7	2	2,3		1	0,8
18-30	35	23,0±0,07	22	44,2±0,20	<0,01	36	29,5
31-40	42	27,6±0,07	3	18,6±0,03	>0,05	32	26,2
41-50	34	22,5±0,06	7	7,0±0,01	<0,05	19	15,6
51-60	33	21,7±0,03	9	14,0±0,02	>0,05	21	17,2
61-70	5	3,4±0,07	6	7,0±0,01	>0,05	8	6,6
71-80	2	1,3±0,01	2	4,6±0,02	>0,05	4	3,3
81 и более	-	-	1	2,3		1	0,8
Итого	152	64,7±0,42	83	35,3±0,43	>0,05	235	100,0

случаев с достоверной разницей  $p < 0,05$ . Следовательно, в различные возрастные периоды имеются особенности, снижающие резистентность организма к специфической инфекции и реактивации эндогенной инфекции, одной из которых является самый репродуктивный возраст у женщин 18-30 лет.

Учреждения ПМСП являются первым звеном в выявлении туберкулезного процесса. Выделяют 2 основных пути: активный и пассивный метод диагностики специфического процесса. Активный метод выявления является основным принципом профилактической медицины и подразумевает цепочку: «врач к пациенту». Пассивный метод, напротив, формирует обратную цепочку: «больной к врачу». На рисунке 2 показано соотношение методов выявления рецидива туберкулезного процесса:

Анализ различных организационных методов для выявления рецидива туберкулеза органов дыхания у лиц с ОПТИ показал, что рецидив туберкулеза у пациентов группы риска чаще всего выявлялся пассивным методом. Из рисунка 2 видно, что преимущественным методом выявления рецидивов туберкулезного процесса является обращение пациентов за медицинской помощью с жалобами различного характера. При легочных процессах основными жалобами являлись кашель более 2-х недель с мокротой. При внелегочных процессах - артралгия и

увеличение периферических лимфатических узлов. Так, из 87,9% обращений пациентов за медицинской помощью в учреждения ПМСП у 55,2% пациентов из этой группы было выявлено бактериовыделение. В 12,1% случаев рецидив туберкулезного процесса был выявлен при профилактических осмотрах населения, показатель бактериовыделителей был ниже в 1,1 раз и составил 50,0% случаев. Реактивация внелегочных процессов диагностировалась исключительно при обращении и в 75,0% случаев верифицировалась только гистологическими методами исследования патологического материала, взятого из свищей или лимфатических узлов. При проведении сравнительного анализа рентгенологических изменений в легких между группой больных, выявленных по обращениям и профилактическими осмотрами, отмечалось, что в первом случае процесс чаще характеризовался распадами и обширностью поражения, а большинство больных с рецидивами внелегочного процесса чаще становились инвалидами по туберкулезу. Следовательно, на уровне ПМСП следует развивать профилактическое направление по активному выявлению ранних рецидивов туберкулезного процесса.

В контингенте больных с рецидивами преимущественно в 93,2% случаев встречался туберкулез органов дыхания, в 6,8% имел место внелегочный процесс. В таблице 2 пред-

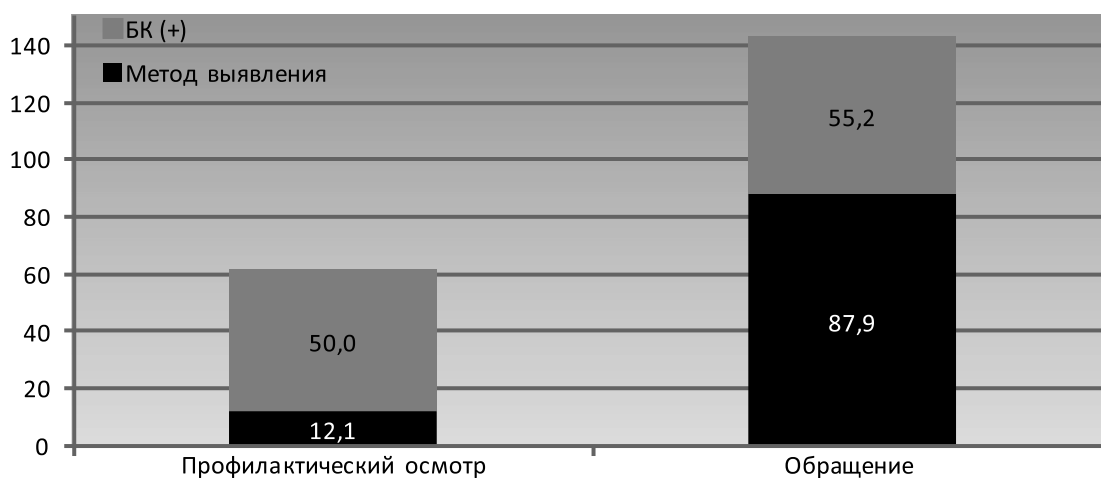


Рисунок 2 – Соотношение методов выявления рецидивов туберкулеза в ПМСП (%)

Таблица 2 – Клинические формы рецидива туберкулеза и его локализация (%)

	Муж.		Жен.		р	Итого	
	абс	%	абс	%		абс	%
Легочный (93,2%)							
ИТЛ	30	58,8±0,3	21	41,2±0,2	>0,05	51	92,7
ФКТЛ	2	100,0				2	3,6
КП	1	100,0				1	1,8
ЭП	1	100,0				1	1,8
Итого	34	61,8±0,18	21	38,2±0,18	>0,05	55	100,0
Внелегочный (6,8%)							
Гонит	1	100,0				1	25,0
Коксит	1	100,0				1	25,0
Лимфаденит	1	50,0	1*	50,0		2	50,0
Итого	3	75,0±0,25	1	25,0±0,001	<0,05	4	100,0

Примечание: \* - сочетание с легочным туберкулезом

ставлены клинические формы в зависимости от локализации туберкулеза среди больных с рецидивами:

После проведения диагностического алгоритма в условиях противотуберкулезного диспансера инфильтративный туберкулез легких различной протяженности был диагностирован у 92,7% пациентов, в 4,7% случаев распространенность специфического процесса способствовала развитию осложненного течения рецидива туберкулеза (менингит), в 1,8% случаев инфильтративный туберкулез протекал по типу казеозной пневмонии. Реже диагностировались такие запущенные формы, как фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтративной вспышки и обсеменения, который встречался у 3,6% пациентов. В основном, эти формы встречались у лиц с неблагоприятным социальным статусом – алкоголиков, наркоманов, лиц БОМЖ.

Среди клинических форм внелегочного процесса с одинаковой частотой встречалось поражение периферических лимфатических узлов (50,0%) и костно-суставной ткани (50,0%). В 25,0% рецидив внелегочного процесса сочетался с инфильтративным туберкулезом легких различной степени активности. Следует отметить, что туберкулезный лимфаденит встречался одинаково как

у мужчин, так и у женщин, тогда как поражение костно-суставной ткани при рецидивах туберкулеза встречалось преимущественно у мужчин.

При изучении анамнеза установлено, что регулярным ежегодным флюорографическим обследованиям на туберкулез подвергались только 21,2% пациентов. На рисунке 3 показана динамика ФГ-осмотров среди пациентов с установленными рецидивами туберкулеза:

Из рисунка 3 видно, что рецидив туберкулеза у 9,1% лиц с ОПТИ был выявлен через несколько месяцев после предыдущей нормальной ФГ-картины, а 3,0% пациентов профилактические осмотры не проходили более года. Остальная часть (69,7%) контингента с ОПТИ не проходила ФГ-обследования от 1,5 лет и более. Анализ рентгенологической картины пациентов с установленным рецидивом туберкулеза показал, что чем длительнее сроки профилактических осмотров, тем тяжелее туберкулезный процесс.

Нами установлено, что в большинстве случаев рецидивы туберкулеза протекали с деструкцией легочной ткани и бактериовыделением. На рисунке 1 представлены данные о распаде легочной ткани и наличии бактериовыделения:

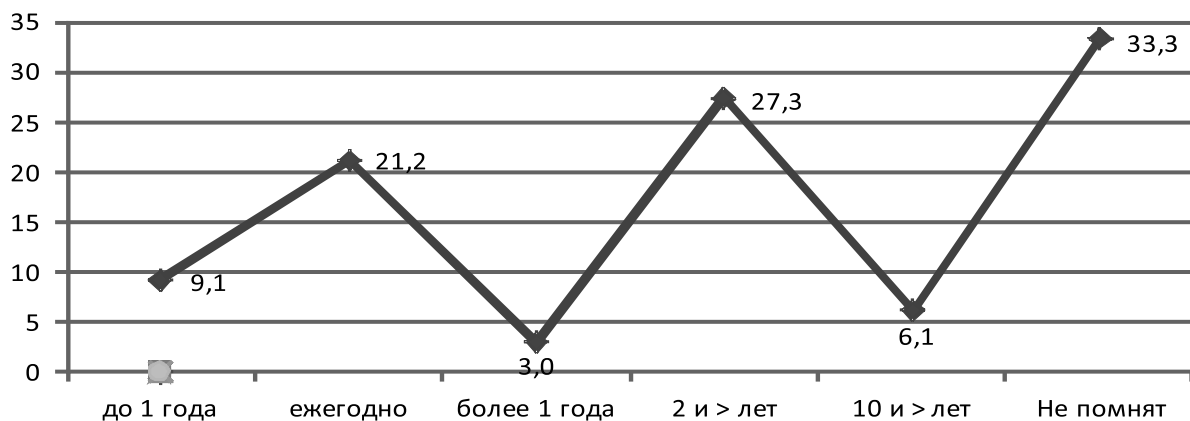


Рисунок 3 – Сроки прохождения флюорографических осмотров до выявления рецидива туберкулеза (%)

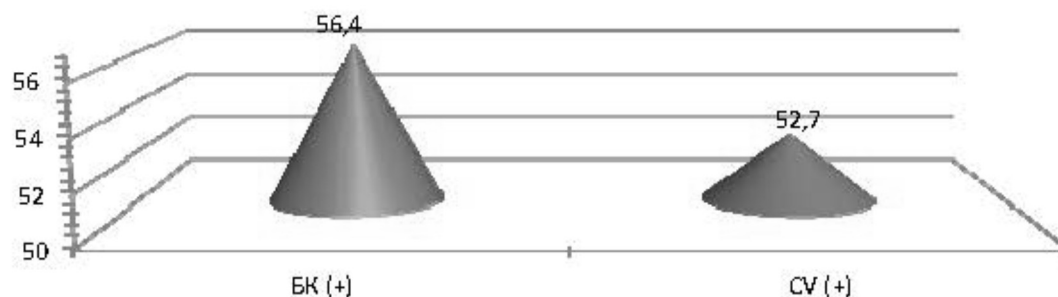


Рисунок 4 - Показатель деструкций легочной ткани и бактериовыделения у пациентов с рецидивами туберкулеза (%)

Из рисунка 4 видно, что более чем у половины больных с установленным рецидивом туберкулеза легких имели место бактериовыделение и наличие полостей распада различной величины и формы. Так, распад встречался у 52,7%, а бактериовыделение — у 56,4% пациентов. Следовательно, при наличии таких показателей не имеет смысла говорить о том, что рецидивы туберкулезного процесса среди лиц, некогда перенесших туберкулез, были выявлены в ПМСП своевременно, в то время как более чем у половины больных, представляющих опасность в эпидемиологическом плане, определенный период времени имелся контакт со здоровой частью населения и, в первую очередь, с близкими членами семей.

При изучении срока развития рецидива туберкулеза у пациентов с ОПТИ после снятия с учета в ПТУ установлено (рис. 2), что пик развития рецидива у 91,5% больных приходился на десятый-тринадцатый год после снятия с диспансерного учета, и лишь 8,5% пациентов составили когорту «рецидив из снятых». Подобная диссоциация связана со снижением туберкулезной настороженности и изменением подходов к диспансерному наблюдению на уровне ПМСП за контингентом с ОПТИ. При изучении фактора приверженности лиц с ОПТИ к ежегодным флюорографическим осмотрам населения на туберкулез отмечалось, что лица, ранее перенесшие туберкулез, игнорировали своевременные профилактические осмотры по различным причинам. Следовательно, необходимо усовершенствовать программы санитарно-просветительной работы, направленные на психологическое воздействие среди пациентов поликлинической группы лиц с ОПТИ.

#### Выводы

Преимущественным методом выявления рецидивов туберкулезного процесса является обращение пациентов за медицинской помощью.

Пик развития рецидива у 91,5% больных приходился на 10-13 год после снятия с диспансерного учета, и лишь 8,5% пациентов составили когорту «рецидив из снятых».

69,7% лиц из группы риска с ОПТИ не проходили ФГ-обследование от 1,5 и более лет.

Распад встречался у 52,7%, а бактериовыделение — у 56,4% пациентов с рецидивами туберкулеза.

#### Литература

1. Фтизиатрия: национальное руководство // Под ред. акад. РАМН М.И. Перельмана. М., 2007. 508 с.
2. Алексеева Т.В., 2001; Ильина Т.Я. и соавт., 2008
3. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Диагностика рецидивов туберкулеза органов дыхания в поликлинике общей лечебной сети //Сб. материалов XVII Национального конгресса «Человек и лекарство»: Тезисы докладов. — М., 2010. — С. 317.
4. Мишин В.Ю., Мякишева Т.В., Андрианова А.Ю. и др. Эффективность парентерального применения противотуберкулезных препаратов у больных деструктивным туберкулезом легких //XX Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. тр. конгресса. — М., 2010. — С. 369.
5. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Рецидивы туберкулеза легких в поликлиниках общей медицинской сети //XX Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. тр. конгресса. — М., 2010. — С. 373.
6. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Динамика остаточных туберкулезных изменений в легких у лиц, снятых с учета и наблюдающихся в поликлиниках общей сети //XX Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник трудов конгресса. — М. — 2010. — С. 373-374.
7. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Отдаленные наблюдения лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких в поликлиниках общей медицинской сети // Фтизиатрия и пульмонология. — 2011. — № 1. —С.8.
8. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Результаты отдаленных наблюдений за лицами с остаточными туберкулезными изменениями в легких, состоящих на учете в поликлиниках общей медицинской сети //Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 34-35.
9. Андрианова А.Ю., Мишин В.Ю. Изменения функции у лиц с остаточных туберкулезными изменений в легких, состоящих на учете в поликлиниках общей медицинской сети //Туберкулез и болезни легких. -2011.-№ 4.-С.35-36.



**Резюме**

В данной статье представлены результаты исследования 235 больных с рецидивами туберкулеза, выявленными среди лиц поликлинической группы риска с остаточными посттуберкулезными изменениями за период 2010-2013 годов. На первом месте по возникновению рецидивов туберкулезного процесса находилась группа лиц в возрасте 18-30 лет (29,5%), на втором месте - группа лиц в возрасте 31-40 лет (26,2%). Легочная форма туберкулеза составила 93,2%, внелегочная – 6,8%. Установлено, что рецидивы туберкулеза легких, выявленные по обращению, в 56,4% случаев протекали с бактериовыделением, в 52,7% - с распадом легочной ткани. 60,6% пациентов с ОПТИ не проходили флюорографические осмотры более 2 лет.

**Тұжырым**

Бұл мақалада 2010-2013 жыл мерзімдерінде туберкулезден кейін өзгерісі қалған қауіп тобындағы науқастар арасындағы туберкулез ауруы қайталанған 235 науқастың зерттеу нәтижелері ұсынылған. Бірінші орында туберкулез үрдісінің қайталануы бойынша 18-30 жас аралығындағы қауіп тобындағы науқастар болса (29,5%),

екінші орында 31-40 жас аралығындағы қауіп тобындағы науқастарды құрайды (26,2%). Өкпе туберкулезі- 93,2%, өкпеден тыс- 6,8% құрады. Ауруханаға жүгінгенде анықталған өкпе туберкулезінің қайталануы-56,4% болып белгіленген, 52,7% өкпе тіндері ыдыраған және бактерия бөлуші науқастардан тұрады. Туберкулезден кейін өзгерісі қалған емделушілердің 60,6%-ы 2 жылдан аса флюорографиялық тексерістен өтпеген.

**Summary**

The results of investigation of 235 patients with TB relapses detected among polyclinic TB risk group with residual post TB sequelae during 2010-2013 years are presented in this paper. The group of persons aged from 18 to 30 years (29.5%) occupied the first place, while the group aged from 31-40 years (26.2) was in the second place. Pulmonary TB form occurred in 93.2%, extrapulmonary form did in 6.8%. It is proved that relapses of pulmonary TB detected by addressing of patients for medical care were the cases with positive sputum smears, in 52.7% with lung destruction. The fluorographic screening was not conducted in more than 60.6% of patients with residual post TB sequelae.

УДК

**Новые подходы к диагностике туберкулезной инфекции**

**Ниязбакиева Г.М., Нускабаева Д.Н., Рауанова Т.Б.,  
Тургумбаева Ф.Д., Исаева А.Г.**

*Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы*

**Ключевые слова:** инфицированность туберкулезом, Диаскинтест, проба Манту, двойной тест, выраж туберкулиновой пробы

**Актуальность**

Инфицированность туберкулезом отражает частоту латентной инфекции, свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической ситуации. По данным ряда авторов, инфицированность подростков колеблется от 24,4% до 60,0%.

**Цель** - Совершенствование методов диагностики туберкулезной инфекции.

**Материал и методы**

Характеристика «Диаскинтеста» – это аллерген, представляющий собой комбинацию двух рекомбинантных белков ESAT6/CFP10.

**Постановка пробы**

Препарат вводят строго внутрикожно. Для проведения пробы применяют туберкулиновые шприцы и тонкие короткие иглы с косым срезом. Пробу проводят обследуемым в положении сидя. После обработки участка кожи на внутренней поверхности средней трети предплечья

70% этиловым спиртом в верхние слои натянутой кожи параллельно ее поверхности вводят 0,1 мл препарата ДИАСКИНТЕСТ. При постановке пробы, как правило, в коже образуется папула в виде «лимонной корочки» размером 7-10 мм в диаметре беловатого цвета (см. таблица 1).

**Характеристика обследованных лиц**

Нами проанализированы данные 104 лиц, обследованных в противотуберкулезном диспансере г.Алматы. Среди анализируемых групп лиц женского пола было 58 (55,7%), мужского пола – 46 (44,3%) лиц. Возраст обследуемых лиц составил: дошкольного 67 (64,4%), школьного – 20(19,2%), подросткового – 5(4,8%), взрослые – 12 (11,5%) лиц.

1 группа - 10 (9,6%) детей из очагов туберкулезной инфекции (ранее инфицированных). 2 группа -55 (53,5%) лиц с выражением туберкулиновой пробы. 3 группа -12 (11,5%) лиц с гиперергическими реакциями. 4 группа 15 (14,4%) детей с побочными реакциями на введение вакцины БЦЖ. 5 группа -12 (11,5%) здоровых студентов-добровольцев.

**Результаты и обсуждение**

Из 104 обследованных лиц проба Манту с 2ТЕ проводилась у 89 (85,5%), исключение составили 15 детей

**Таблица 1 - Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и Диаскинтеста**

Результат	Проба Манту с 2ТЕ	ДИАСКИНТЕСТ
Отрицательный (анергия)	уколочной реакция (0-1 мм)	при полном отсутствии инфильтрата
Сомнительный (гипоергия)	при инфильтрате размером 2-4 мм.	Гиперемия (любого размера) без инфильтрата или при инфильтрате размером 2-4 мм.
Положительный (нормергия)	при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более	при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более
Гиперергический	У детей папула более 15 мм и подростков - 17 мм и более, у взрослых - 21 мм и более; везикуло-некротические реакции	при размере инфильтрата 15 мм и более, при везикуло-некротических изменениях и (или) лимфангите.

**2-таблица. Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ и Диаскинтеста в процентах**

Группы	Результаты пробы Манту с 2 ТЕ			Результаты Диаскинтеста		
	Положительный	Сомнительный	Отрицательный	Положительный	Сомнительный	Отрицательный
1	70,0%	10,0%	20,0%	10,0%		90,0%
2	100,0%	-	-	1,8%	3,6%	94,5%
3	100,0%	-	-	8,4%	16,6%	75,0%
4						100,0%
5	91,6%		8,4%	33,4%		66,6%
Всего	95,5%	1,1%	3,4%	6,7%	3,8%	89,4%

с побочными реакциями на введение вакцины БЦЖ. У 85 (95,5%) лиц проба Манту с 2ТЕ была положительной. Двойной тест (проба Манту с 2 ТЕ и Диаскинтест) на обеих руках проводился у 29 (27,8%) лиц (см. 2-таблица).

Был проведен анализ документов: прививочной карты – 063у, истории развития ребенка 112/у, 026/у. Была проведена проба Манту с 2ТЕ и Диаскинтеста 12 студентам-добровольцам. Были оценены результаты Диаскинтеста и пробы Манту. Во всех исследуемых группах были проанализированы данные общего анализа крови, общего анализа мочи, обзорной рентгенограммы по данным формы 025/у. Всем исследуемым лицам составлены тематические карты.

**Выводы**

У анализируемых детей и подростков в 95,5% проба Манту с 2ТЕ была положительной, а реакция на Диаскинтест у данных лиц в 89,4% была отрицательной.

У лиц, вакцинированных БЦЖ и неинфицированных микобактериями туберкулеза, реакция на Диаскинтест была отрицательная.

**Пример**

Пациент К., 10 лет. На правом предплечье проба Манту с 2ТЕ – 18мм, на левом – Диаскинтест – тест отрицательный (рис.1).

Данный случай наглядно иллюстрирует тот факт, что поскольку туберкулин является аллергеном, то положи-

тельный результат реакции Манту мог быть обусловлен аллергической реакцией организма. Подобные ложноположительные реакции приводят к гипердиагностике туберкулезной инфекции и, как результат, к необоснованному назначению химиопрофилактики.

В отличие от пробы Манту, Диаскинтест дает положительный результат только в том случае, если организму обследуемого человека знакомы белки, которые можно встретить только в возбудителях туберкулеза. Другими словами, положительный результат Диаскинтеста с большой степенью точности указывает на то, что обследуемый человек либо заражен туберкулезом на данный момент, либо уже болен.



Рисунок – Результаты пробы Манту с 2 ТЕ и Диаскинтеста больного К.

**Тұжырым**

Мақалада Алматы қаласында ауруды анықтау үшін өткізілген 2 туберкулинді бірлікпен Манту сынамаcы және Диаскинтест әдістерінің салыстырмалы талдауларының нәтижелері келтірілген.

**Резюме**

В статье представлены результаты сравнительного анализа двух методов диагностики пробы Манту с 2 ТЕ и

Диаскинтеста, проведенных в городе Алматы. Доказана целесообразность проведения обследования двумя методами.

**Summary**

This paper presents the results of comparative analysis of two methods of diagnostics – Mantou test and Diaskintest implemented in Almaty city. The need in investigation through use both methods is proved.

удк

## Туберкулезный лимфаденит периферических лимфатических узлов и его диагностика

**Туткышбаев С.О., Омирзак Е.Ж., Имангалиев Н.К.**  
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ СР РК

**Ключевые слова:** Туберкулезный лимфаденит периферических лимфатических узлов в Казахстане.

Туберкулез периферических лимфатических узлов (лимфаденит) в Казахстане является одной из распространенных форм внелегочного туберкулеза, которая составляет 9,8% по данным сбора от 2014г.

Чаще всего поражаются шейные лимфатические узлы, иногда с обеих сторон, значительно реже - подмышечные и паховые лимфатические узлы [1].

В стране на фоне неблагоприятной эпидемиологической ситуации отмечается значительный рост тяжелых, распространенных и запущенных форм внелегочного туберкулеза (ВЛТ). Среди впервые выявленных больных ВЛТ, удельный вес туберкулеза периферических лимфатических узлов составляет 9,8%. Как правило, больные с туберкулезным лимфаденитом периферических лимфатических узлов впервые обращаются в ПМСП, причем нередко оказываются случаями проведения неадекватной лечебно-диагностической манипуляции при диагностике лимфаденита, что приводит к различным осложнениям в виде свища [2].

Согласно данным, в Казахстане диагностика туберкулеза периферических лимфатических узлов в начальной стадии заболевания представляет большие трудности. В ряде случаев ранние формы процесса поражения лимфатического узла туберкулезной этиологии имеют много общих клинико-рентгенологических и патоморфологических черт с поражениями лимфатического узла при нетуберкулезных заболеваниях. Полиморфизм анатомических и клинических проявлений туберкулеза периферических лимфатических узлов различной локализации требует проведения дифференциальной диагностики со всеми заболеваниями, сопровождающимися поражением лимфатической системой, а также с доброкачествен-

ными опухолями, аденомами, кистами и т.д. Основными заболеваниями, которые могут давать повод для диагностических ошибок, являются следующие: неспецифические лимфадениты, лимфогранулематоз, лимфосаркомы, лейкозы, метастазы рака, аденомы, добавочные доли и кисты щитовидной железы. Наше практическое наблюдение показывает, что в большинстве случаев распознавание заболевания происходит в запущенных стадиях процесса, когда имеются характерные для туберкулеза симптомы: выраженные явления специфической интоксикации, типичные свищи и рубцы, отложение солей извести в пораженных лимфатических узлах, туберкулезные изменения в других органах и т.д. [3].

Среди пролечившихся больных в ОХЛВЛТ за 2012-2014гг. в Национальном центре проблем туберкулеза МЗ СР РК наблюдалось 60 больных туберкулезом периферических лимфатических узлов или с подозрением на него.

У 55 (91,6%) больных был диагностирован туберкулезный лимфаденит, а у 5 (8,4%) больных изменения в лимфатических узлах не были связаны с туберкулезным процессом. Среди последних неспецифический лимфаденит установлен - у 1 больного, метастазы злокачественных опухолей из различных органов - у 4 больных.

При поступлении общее состояние больных было удовлетворительным. Симптомы интоксикации отсутствовали, у некоторых больных отмечалось увеличение СОЭ до 30 мм/час и гемограмма была без отклонений от нормы. Из них 1 больной в прошлом перенес туберкулез, у него имелись остаточные туберкулезные изменения в легких. Лимфатические узлы были плотные, безболезненные, подвижные, кожа над ними не была изменена.

Таким образом, наличие перенесенного туберкулезного процесса в анамнезе не всегда является критерием диагностики периферического туберкулезного лимфаденита. Особое внимание следует обратить при

**Таблица 1 - Возрастной состав больных**

Возраст	14-16 лет	17-30 лет	31-50 лет	51-70 лет	71 и более
Количество больных	6	24	18	10	2

дифференциации патологии периферических лимфатических узлов между туберкулезом и первичным или метастатическим опухолевым процессом.

Среди 60 больных туберкулезом периферических лимфатических узлов немного меньше лиц женского пола – 28 (46,6%), мужчин было 32 (53,4%). Среди наблюдаемых пациентов локализация специфического процесса наиболее часто встречалась в шейных и подчелюстных лимфатических узлах, что составило 75,4%, реже процесс локализовался в подмышечных (17,6%), паховых (2,5%), подключичных (3,5%), локтевых (1,0%) лимфатических узлах.

Возрастной состав больных представлен в таблице 1.

Наиболее достоверным методом диагностики туберкулезного лимфаденита являлась биопсия пораженного лимфатического узла с последующим гистологическим исследованием.

У 60% больных была произведена диагностическая лимфаденэктомия с гистологическим и бактериологическим исследованием, у 25% больных была произведена лимфаденэктомия с гистологическим и бактериологическим исследованием на фоне специфического лечения в связи с отрицательной динамикой (имелись флюктуации, гиперемии и свищи), у 15% больных на фоне специфического лечения лимфатические узлы полностью рассосались.

Клинико-морфологические формы туберкулеза периферических лимфатических узлов были таковы: инфильтративная форма имела место в 24,3% случаев больных, казеозная – в 46,4%, индуративная – в 29,3%. Свищевые формы и абсцедирование лимфатических узлов чаще встречались у больных молодого и среднего возраста, у которых имелись множественные свищи (до 6 свищей).

Таким образом, наличие у больных воспалительных, опухолевых и системных заболеваний указывает на трудности дифференциальной диагностики. В связи с этим, для повышения эффективности диагностики туберкулеза периферических лимфатических узлов необходим тщательный сбор анамнеза, осмотр больного, проведение бактериоскопического, бактериологического и гистологического исследования на микобактерии туберкулеза.

#### **Выводы**

Приведенные данные позволяют сделать следующие выводы:

- В ранней стадии туберкулезный лимфаденит в условиях ПМСП следует дифференцировать с неспецифическими лимфаденитами.
- Туберкулез периферических лимфатических узлов по клинической картине сходен со многими забо-

леваниями периферических лимфатических узлов нетуберкулезной этиологии.

- Наиболее информативными методами диагностики периферических лимфаденитов являются пункционная биопсия и открытая биопсия лимфатического узла с последующим цитологическим и гистологическим исследованием.

#### **Литература**

1. Ракишева А.С., Цогт Г. // Фтизиатрия. Алматы-2014г. С.209.
2. Човдурбаев Н.Ж., Абилдаев Т.Ш., Исмаилов Ш.Ш., Еримбетов К.Д., Туткышбаев С.О., Кайралиева Н.К., Мурзалиева С.Т. // Актуальные вопросы фтизиатрии. Алматы-2010г. С.229.
3. Човдурбаев Н.Ж. // Фтизиопульмонология. Научно-практический журнал. 2 (14) 2008г. С.36-37-38.

#### **Тұжырым**

Бұл мақалада лимфа түйіндердегі туберкулезді анықтау кезіндегі диагностикалық қиындықтарға талдау жасалған. 2012-2014 жж. ҚР ДСӘДМ Туберкулез проблемалары Ұлттық орталығының өкпеден тыс туберкулезді хирургиялық емдеу бөлімшесінде периферикалық лимфа түйіндегі туберкулез немесе осы ауруға күдік туындаған 60 науқас бақылауда болған. 55 (91,6%) науқасқа туберкулезді лимфаденитке диагностика жасалған, ал 5 (8,4%) науқаста лимфа түйінде өзгеріс болған, бұл туберкулез үрдісіне байланысты емес. Соңғылар арасында спецификалық емес лимфаденит 1 науқаста, әр түрлі мүшелердегі қатерлі ісік метастазы 4 науқаста анықталған. Периферикалық лимфадениттерді ақпараттық әдістермен әбден анықтау, пункциялық биопсия мен кезекті цитологиялық және гистологиялық зерттеулермен қоса лимфа түйіндегі ашық биопсия болып табылады.

#### **Резюме**

В данной статье проведен анализ диагностических трудностей при выявлении туберкулеза лимфатических узлов. В ОХЛВЛТ за 2012-2014гг. в Национальном центре проблем туберкулеза МЗ СР РК наблюдалось 60 больных туберкулезом периферических лимфатических узлов или с подозрением на него. У 55 (91,6%) больных был диагностирован туберкулезный лимфаденит, а у – 5 (8,4%) больных изменения в лимфатических узлах не были связаны с туберкулезным процессом. Среди последних неспецифический лимфаденит установлен у 1 больного, метастазы злокачественных опухолей из различных органов - у 4 больных. Наиболее информативными методами диагностики периферических лимфаденитов являются

пункционная биопсия и открытая биопсия лимфатического узла с последующим цитологическим и гистологическим исследованием.

### Summary

Analysis of diagnostic difficulties was conducted at finding-out of tuberculosis of lymphatic nodes. In the Department of osteo-articular and extrapulmonary tuberculosis at the National Center for TB Problems of MoH&SD RK there were observed 60 patients with TB of lymphatic

nodes or those suspected to have it. TB of lymphatic nodes was confirmed in 55 (91.6%) patients while in 5 the changes in lymphatic nodes did not have the connection to TB lymphadenitis. Non specific lymphadenitis was revealed in 1 patient, malignancy metastases from different organs were in 4 patients. The most informative methods of diagnostics of TB of peripheral lymphatic nodes were the puncture biopsy and the open biopsy of lymphatic nodes with their cytological and histological investigations.

удк

## Гистологическая верификация туберкулеза бронхов при сопоставлении с молекулярно-генетическим методом диагностики

**Пак А.В.**

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

**Ключевые слова:** туберкулез бронхов, морфологические исследования, бронхобиопсия, сопоставление методов диагностики

В рамках реализации Национальной Программы по борьбе с туберкулезом 2013-2020гг., были поставлены задачи снижения туберкулеза в РК. Одним из индикаторов выполнения программы был обозначен пункт «100% охват экспресс-методами молекулярной диагностики», что соответствует рекомендациям миссии ВОЗ и принципам F-A-S-T 2011. Внедрение молекулярно-генетического метода Xpert MTB/RIF во фтизиатрическую практику позволило улучшить диагностику туберкулеза, благодаря высокой специфичности метода, основанного на выявлении фрагментов ДНК микобактерии туберкулеза в диагностическом материале. Кроме того, использование метода Xpert MTB/RIF позволяет определить устойчивость к рифампицину менее чем за 2 часа. Но, несмотря на высокую специфичность метода Xpert MTB/RIF, в 91% - 99%, его чувствительность, при отрицательном мазке мокроты, составляет 72.5%-80% [ВОЗ 2011]. В Республике Казахстан доказательной базой для постановки диагноза туберкулеза является шифр по МКБ-10, одним из пунктов которого является туберкулез легких, подтвержденный гистологически – А15.2.

Цель исследования: Определить диагностическую ценность морфологического исследования в современной верификации туберкулеза.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ бронхобиопсий 59 больных, находившихся в Национальном центре проблем туберкулеза МЗ СР РК в 2013-2015 году. Среди обследованных больных преобладали мужчины (58.2%). Большая часть (88.9%) больных входила в возрастную группу 20-35 лет.

На основании клинического исследования были выставлены следующие диагнозы:

двусторонний диссеминированный туберкулез (17 случаев);

инфильтративный туберкулез легкого (42 случая).

Анализ медицинских документов показал, что 34 больных были перенаправлены в НЦПТ МЗ СР РК с подозрением на туберкулез на основании результатов профилактических осмотров; 15 больных были направлены из областных противотуберкулезных диспансеров; 10 больных обратились в НЦПТ МЗ СР РК самостоятельно. Только 6 больных предъявляли жалобы на слабость, недомогание, легкий кашель и потливость по ночам.

При бактериоскопии исследования мазка мокроты у всех 59 больных имел место отрицательный результат, так как ни в одном случае не были выявлены микобактерии туберкулеза методом простой световой микроскопии. На основании исследования мокроты методом G-Xpert MTB/RIF были получены положительные результаты в 53 случаях.

Всем больным проведена трансбронхиальная биопсия забором из долевых и главных бронхов.

Весь материал был подвергнут стандартной гистологической проводке, включающей в себя фиксацию в 10% формалине, промывку и обезвоживание в спиртах восходящей концентрации. Гистологические срезы толщиной 5 мкм изготавливались из парафиновых блоков и окрашивались гематоксилином Майера с водным раствором эозина. Готовые срезы оценивались при помощи световой микроскопии Leica DM1000 при разрешении x10, x20 и x40. Обработка, оцифровка и компьютерный анализ материала производились при помощи лицензионного программного обеспечения Leica Application Suite V3.6.

Таблица - Варианты туберкулеза бронхов

Варианты туберкулеза бронхов	Абс./%
Казеозный панбронхит	5/24%
Язвенный эндобронхит	5/24%
Фибростеноз	7/33%
Катаральный эндобронхит	4/19%
Всего	21/100%

Учитывая небольшие размеры биоптатов (1 мм), участки ткани предварительно окрашивались слабым раствором гематоксилина. Последующая проводка по спиртам восходящей концентрации проводилась по ускоренной методике.

#### Результаты исследования

На основании гистологического исследования, только у 21 больного было выявлено гранулематозное воспаление, в виде формирования эпителиоидно-макрофагальных гранул с казеозным некрозом в центре гранулем. Лимфоидные элементы были представлены умеренно на периферии гранул. В гранулемах встречались единичные гигантские клетки типа Пирогова-Лангханса. Морфологическое заключение основывалось на характере выявленной тканевой реакции и положительных результатах G-Xpert MTB/RIF в образцах мокроты.

У остальных 38 больных при гистологическом исследовании имели место:

- Атрофия эпителия бронхов со склерозом подслизистого слоя (17 случаев),
- Гнойная инфильтрация стенки бронха (8 случаев),
- Бокаловидная метаплазия эпителия бронха (7 случаев),
- Плоскоклеточная метаплазия бронхиального эпителия с разной степенью дисплазии и инвазия клеток (6 случаев).

Таким образом, в ходе гистологического исследования у 38 пациентов не были обнаружены признаки «специфического» воспаления, но наличие положительных результатов G-Xpert MTB/RIF потребовало дальнейшего обследования больных, что не исключает специфическое воспаление. Ложноположительные результаты свидетельствуют о наличии фрагментов ДНК МБТ, что заставляет предполагать инфицированность, но не обязательно заболеваемость.

Таким образом, сравнительный анализ результатов G-Xpert MTB/RIF и морфологического исследования бронхобиопсий в случаях подозрения на туберкулез доказал высокую диагностическую ценность обоих методов, которые дополняют друг друга.

#### Литература

1. Ахметкалиев М., Пак А.В. Морфологический анализ бронхобиоптатов и диагностическая ценность бронхоскопии с биопсией у больных с легочной патологией. //Актуальные вопросы фтизиатрии.- Алматы, 2008.- С.122-125.
2. Пак А.В. Показатели средних величин гигантоклеточной реакции при туберкулезном бронхите. // Морфология и доказательная медицина.- Алматы, 2014.- С. 89-91
3. Черняев А.Л., Самсонова. Патологическая анатомия легких. Атлас.-Москва, 2011.- С. 37-38.
4. Spenser H. Pathology of the Lung. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Pergamon.- 1985.-P. 147-165.

#### Резюме

Проведены результаты бронхобиоптатов больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью при ускоренной спиртовой проводке. Показана клеточно-тканевая реакция туберкулезного воспаления и формы неспецифического поражения бронхов, в зависимости от клинико-рентгенологической формы.

#### Тұжырым:

Кең ауқымыды дәріге төзімді өкпе туберкулезі науқастарына жеделдетілген спирттенген бронхобиоптаттармен зерттеу жүргізілді. Туберкулездің қабынуы мен спецификалық емес түрлерінің клиникалық-рентгенологиялық түрлеріне сәйкес кеңірдектің жасушалы-тіндерінің тоғысулары анықталды.

#### Summary

There are given the results of bronchobiopats from patients with pulmonary tuberculosis with multidrug resistance at the accelerated spirit exposition. Cellular and tissue response of the tuberculosis inflammation and forms of the non-specific injury of bronchi depending on clinical and roentgenological forms are showed.

## Туберкулез легких у лиц пожилого возраста

Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л.

Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы

**Ключевые слова:** туберкулез, лица пожилого и старческого возраста, анализ эффективности лечения

Общеизвестно, что туберкулезом легких чаще болевают лица молодого трудоспособного возраста. Однако, в последние годы в мире и в Казахстане, согласно данным Национального регистра, в структуре заболеваемости отмечается рост туберкулеза у больных пожилого и старческого возраста [1]. В связи с вышесказанным, в настоящее время данная проблема имеет большое практическое значение. Сложность проблемы туберкулеза у больных пожилого и старческого возраста в значительной степени обусловлена трудностями и несвоевременностью его диагностики. Туберкулез у данной возрастной группы населения обычно выявляется лишь при обращении за медицинской помощью по поводу самых различных сопутствующих заболеваний, и, соответственно, преимущественно нехарактерных жалоб [2]. Лечение пожилого больного представляет трудную задачу. Каждый пациент требует специфического нестандартного подхода с учетом целого ряда его особенностей. Ведение больного предусматривает использование как медикаментозных, так и немедикаментозных методов терапии, психологической поддержки. У подавляющего числа больных, особенно пожилых, побочное действие химиопрепаратов удается предупредить или устранить. Важнейшими мероприятиями по их профилактике и лечению являются перерыв в лечении или подбор оптимальной дозы препарата, замена препаратов препаратами родственными групп [2-4].

Целью исследования было изучение клинического течения и эффективности лечения больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста.

В связи с этим, нами на базе терапевтической клиники Национального центра проблем туберкулеза за 2011-2014 гг. проведено наблюдение за 82 (19,9%) больными туберкулезом легких пожилого и старческого возраста. Из них мужчин было 35 (42,7%), женщин - 47

(55,4%). Согласно последней классификации ВОЗ, по возрасту больные распределились следующим образом: в возрасте 60-75 лет - 47 (57,3%) пациентов, в возрасте 75-90 лет - 32 (39,0%), в возрасте 90 лет и старше - 3 (3,7%). По клиническим формам туберкулеза легких распределение было следующим: инфильтративный туберкулез диагностирован у 59 (71,9%) человек, фиброзно-кавернозный - у 16 (19,5%), милиарный - у 4 (4,9%), цирротический - у 3 (3,7%).

Из 82 пациентов впервые выявленных было 43 (I категория), рецидивов - 39 (II категория). Из 39 рецидивов переболели туберкулезом в детстве 16 (41,1%) пациентов, 20 лет назад - 7 (17,9%), 10 лет назад - 9 (23,0%), 5 лет назад - 6 (15,4%), 1 год назад - 1 (2,6%).

Все обследованные пациенты были бактериовыделителями. Согласно результатам ТЛЧ сохраненная чувствительность выявлена у 68 (82,9%) больных, монорезистентность - у 8 (9,8%) и полирезистентность - у 6 (7,3%). Из монорезистентных штаммов МБТ лекарственная устойчивость к изониазиду отмечена в 6 случаях, к стрептомицину - в 2-х; из полирезистентных штаммов МБТ лекарственная устойчивость была следующей: HS (3 случая), HZ (1 случай), HE (1 случай), HZS (1 случай).

Все больные были выявлены по обращаемости по поводу обострения сопутствующей патологии. В целом, у 82 больных в 139 случаях встречались сопутствующие заболевания, т.е. у одного пациента было не по одному соматическому заболеванию. Наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (72 - 51,7%), из которых гипертоническая болезнь отмечена в 20 случаях (27,8%), атеросклеротический кардиосклероз - в 20 (27,8%), ИБС - в 16 (22,2%), миокардиодистрофия - в 16 (22,2%); заболевания ЖКТ, печени и желчевыводящих путей - в 29 (20,9%); сахарный диабет - в 20 (14,4%); заболевания ЦНС - в 20 (14,4%); ХОБЛ - в 10 (7,2%). Среди редких диагнозов были тиреотоксический зоб и ХПН (по 3 случая), рак легких и дерматит (по 2 случая). У

Таблица 1 - Частота основных клинических признаков туберкулеза легких

Клинические признаки туберкулеза легких	Число больных(n=82)
Общая слабость, утомляемость	55,5±10,3
Повышение температуры	20,0±10,3
Снижение веса	12,3±8,8
Потеря аппетита	58,9±10,3
Ночная потливость	11,7±12,9
Грудные жалобы	24,5±10,3
Наличие хрипов в легких	25,5±12,2

**Таблица 2 – Динамика показателей гемограммы**

Сроки	Группы больных	Эр	Нв	Цп	Лейкоциты	Эозинофилы	П/я	С/я	Лимфоциты	Моноциты	СОЭ
В начале лечения	n=30	3,7±0,05	150,0±0,5	0,9±0,65	8,3±0,8*	2,7±0,1	3,9±0,7*	62,1±1,3	30,9±1,9	2,9±0,9	27,6±2,8*
При выписке	n=30	3,7±0,1	151±3,1	0,96±0,65	5,9±0,6	2,8±0,25	2,0±0,36	59,1±1,2	36,0±1,4	3,9±0,6	11,9±2,2

\*Различия статически достоверны

**Таблица 3 - Сроки конверсии мазка**

Больные по категориям	Число больных с МБТ(+) до лечения	Сроки конверсии мазка (мес)		Число больных с МБТ(+) после ИФ лечения
		2	3	
I категория n=43	43	43 (100,0%)	-	-
II категория n=39	39	-	39 (100,0%)	-

45 (32,4%) больных отмечено сочетание сопутствующих заболеваний: так, в 20 (44,4%) случаях диагностировано сочетание 2-х заболеваний: сахарного диабета и гипертонической болезни СД+ГБ, в 25 (64,4%) – сочетание 3-х заболеваний: СД+ГБ+ИБС (20 случаев), ХХ+ХП+ХОБЛ (5 случаев). Осложненное течение специфического процесса с развитием легочно-сердечной недостаточности отмечено в 8,5% случаев. В соответствии с сопутствующим диагнозом больные консультировались профильными специалистами (кардиологом, невропатологом, гастроэнтерологом, эндокринологом, онкологом и другими).

Частота основных клинических признаков туберкулеза легких отмечена в таблице 1.

Общая слабость, утомляемость отмечены в 55,5±10,3 случаев, повышение температуры тела до 37°-38° - в 20,0±10,3, снижение веса - 12,3±8,8, потеря аппетита – в 58,9±10,3, ночная потливость – в 11,7±12,9. Грудные жалобы (кашель с мокротой, одышка) наблюдались в 24,5±10,3 случаев, наличие хрипов в легких – в 25,5±12,2.

Пациентам была назначена химиотерапия в режиме I категории 2-4 HRZE/ 4 HR (43 больных), в режиме II категории 3-5 HRZE2S/5 HRE (39 больных).

Следует отметить, что назначение противотуберкулезных препаратов (ППП) проводилось по стандартной схеме с соблюдением дозировок, но путь их введения с учетом профилактики возникновения побочных реакций был парентеральным (рифампицин – внутривенно капельно, изониазид и стрептомицин – внутримышечно). Таблетированные формы препаратов (пиразинамид и этамбутол) давались дробно в 2 или 3 приема. Кроме того, преимущественному числу больных (60 - 75,6%) назначались КПФД, содержащих в 1 таблетке 4 противотуберкулезных препарата - Пирэф (Изониазид75+Рифампицин150+Пиразинамид400+Этамбутол275) и 2 противотуберкулезных препарата - Ризэф (Изониазид75+Рифампицин150). Наряду с химиотерапией назначались патогенетические и симптоматические средства с учетом рекомендаций консультантов по сопутствующим заболеваниям.

В интенсивной фазе лечения критериями эффективности химиотерапии были устранение интоксикационного синдрома, нормализация гемограммы, конверсия мазка.

Интоксикационный синдром был преимущественно устранен к 20-25 дню.

Анализ динамики показателей гемограммы до и после окончания интенсивной фазы (табл. 2) показал следующее: количество лейкоцитов достоверно снизилось с 8,3±0,8 до 5,9±0,6. То же самое можно отметить и при анализе динамики показателя палочкоядерного сдвига: так, он составил в начале лечения 3,9±0,7, в конце лечения - 2,0±0,36. В то же время показатель СОЭ был также достоверно снижен (с 27,6±2,8 до 11,9±2,2).

При анализе сроков конверсии мазка нами выявлено следующее (табл.3): к окончанию интенсивной фазы негативация мазка была достигнута в 100% случаев у больных I и II категории.

Таким образом, на основании проведенного наблюдения химиотерапия больных пожилого и старческого возраста может быть высокоэффективной при соблюдении ряда правил их ведения:

1. Проведение стандартных режимов химиотерапии с назначением ППП в виде КПФД при дробной даче лекарственных препаратов.
2. Своевременная консультация специалиста по сопутствующей патологии и назначение симптоматических средств для стабилизации последней.
3. Ведение больного предусматривает использование как медикаментозных, так и немедикаментозных методов терапии, психологической поддержки.

### Литература

1. Национальный регистр.
2. Мишин В.Ю. Туберкулез у лиц пожилого и старческого возраста [ftiza.su/tuberkulez-u-lits-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta/](http://ftiza.su/tuberkulez-u-lits-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta/)
3. Чуркин С.А. Особенности течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста: Автореферат дисс.. канд. мед.наук.- Москва, 2007.
4. Шиповалова М.А. и др. Туберкулез легких у лиц пожилого и старческого возраста на этапе стационарного ведения больных //Дальневосточный медицинский журнал.- 2013.-№2.-С.19-22.



### Тұжырым

Соңғы уақытта әлемде және Қазақстанда қарт және егде жастағы науқастар арасында аурушандық өсуде. Тексеру мақсаты қарт және егде жастағы науқастар арасында туберкулездің клиникалық ағымы және емдеу әсерін зерттеу. Осыған орай, Туберкулез проблемаларының Ұлттық орталығындағы терапия клиникасында 2011-2014 жылдар аралығында 82 қарт және егде жастағы науқастар (19,9%) туберкулезден емделген. 139 қосымша аурулар кездескен. Солардың ішінде жүрек қан тамыр жүйесі ауруы (51,7%), асқазан-ішек, бауыр және өт айдайтын жүйесі (20,9%), қант диабеті (14,4%), орталық жүйке жүйесі (14,4%), созылмалы обструктивті өкпе бронх жүйесі (7,2%) пайызды құрады. 1-ші санат бойынша 43 науқасқа 2-4 HRZE\4HR тағайындалса, 2-ші санат бойынша 39 науқасқа 3-5 HRZE2S\5HRE үлгісі бойынша ем тағайындалды. Улану белгілері емнің 20-25 күнінде жойылса, гемаграмма бойынша қарқынды кезеңнің аяғында, лейкоциттер  $8,3 \pm 0,8$  тен  $5,9 \pm 0,6$  төмендесе, таяқшалар  $3,9 \pm 0,7$  ден  $2,0 \pm 0,36$ , СОЭ  $27,6 \pm 2,8$  ден  $11,9 \pm 2,2$  төмендеді. Қақырық бойынша конверсия 100% құрады. Осыған орай, кәрі және егде жастағы науқастарды КПФДмен дәрілерді бөліп беріп, психологиялық қолдау мен қосымша аурулар бойынша кеңес жүргізе отырып, емдегенде жоғарғы көрсеткіштерді көрсетті.

### Summary

For the last time in the World and in Kazakhstan increase of TB incidence among persons of older and oldest age is observed. The target of this study is investigation of clinical course and treatment effectiveness of pulmonary tuberculosis in persons of older and oldest age. In connection with this study of 82 (19.9) patients with pulmonary tuberculosis of older and oldest age was conducted on the base of therapeutic clinics of the National Center for TB Problems over 2011-2014. Concomitant diseases were observed in 139 cases. The diseases of cardiovascular system (51.7%), diseases of gastrointestinal tract, liver and biliary bladder (20.9%), diabetes mellitus (14.4%), diseases of CNS (14.4%) and chronic obstructive pulmonary disease (7.2%) were the most frequent among them. Chemotherapy was administered under 1<sup>st</sup> category 2-4 HRZE/ 4 HR (43 patients), while under 2<sup>nd</sup> category it did 3-5 HRZE2S/5 HRE (39 patients). Intoxication syndrome was eliminated mainly by 20-25<sup>th</sup> day. Analysis of hemodynamics indexes before and after continuation phase showed the reliable decrease in leukocytes  $8.3 \pm 0.8$  to  $5.9 \pm 0.6$ , shift relating to stab neutrophile  $3.9 \pm 0.7$  to  $2.0 \pm 0.36$ , and ESR  $27.6 \pm 2.8$  to  $11.9 \pm 2.2$ . Sputum smear conversion was obtained in 100% of patients in both regimen categories. Thus, on the base of conducted observation chemotherapy for patients of older and oldest age can be high effective at the condition of administration of the standard regimen at the fractional taking, consultation of a specialist if the concomitant pathology is present and, also, a psychological support.

## Обзор эффективности лечения больных с лекарственной устойчивостью в условиях Национального центра проблем туберкулеза в 2014 году

**Берикова Э.А., Жапаркулова М.А., Бектасов С. Ж., Абубакиров А. Я.**  
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ СР РК, Алматы

**Ключевые слова:** Резистентность, исходы лечения на стационарном этапе, конверсия мокроты, сопутствующие заболевания у больных туберкулезом

Анализ эффективности лечения больных самого тяжелого контингента больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью – это одна из самых главных составляющих эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий. Поэтому целью данного исследования явилась оценка эффективности лечения вышеуказанного контингента за 2014 год. В году пролечено в отделении НЦПТ ЛТО-1 245 больных. Большинство больных, госпитализируемых в отделение, получали лечение по IV категории – 175 (71,4 %), с дополнительным использованием к данному режиму ПТП третьего ряда и моксифлоксацина – 65 (26,5 %) больных.

Всем пациентам до лечения проводились микроскопические, культуральные исследования и тестирование лекарственной чувствительности к противотуберкулезным препаратам (ПТП) первого и второго ряда.

Результаты представлены в таблице 1.

В таблице показано, что бактериоскопическое исследование мокроты проведено 240 больным. Количество случаев туберкулеза с положительными результатами посева мокроты составило 75,4 %. Во всех случаях роста МБТ проведено тестирование на лекарственную чувствительность на плотных средах. Бактериологическое исследование мокроты на МБТ методом ВАСТЕС было проведено у 240 (100%) и ТЛЧ у 181 (75,4%) боль-

ных. Результаты этого исследования были получены в среднем в течение 1 мес.

Согласно таблице 2, мультирезистентность возбудителя туберкулеза установлена в 100,0%, штаммы с широкой лекарственной устойчивостью выявлены в 27,0% случаях. Любая резистентность МБТ к ПВР (противотуберкулезные препараты второго ряда) установлена у 240 (100,0%) из 181 больных, которым был поставлен ТЛЧ. При этом отмечен следующий спектр резистентности МБТ к ПВР: к двум ПВР в 27,0%, к трем ПВР в 26,6%, к четырем ПВР в 24,5% и к 5 и 6 ПВР по 13,7%. Штаммы возбудителя с ШЛУ, т.е. резистентность МБТ одновременно к HR, к аминогликозидам и фторхинолонам отмечена в 27,0% больных.

Анализ резистентности МБТ к отдельным ПВР показал, что наиболее часто резистентность у больных отмечалась к Pto/ Eto (47,7%), Cm (11,0%), Cs (13,0 %), Ofx (8,0 %), Am (7,0%) и PAS (23,5 %).

Всем больным проводились дополнительные исследования функционального (ЭКГ, ФВД) и общеклинического характера (общие анализы крови, мочи и биохимический анализ крови). Структура дополнительных диагностических исследований, проводившихся больным за отчетный период, представлена в таблице 3.

Больным, находившимся в ЛТО-1, проведены консультации по показаниям узкими специалистами: эндокринологом, дерматовенерологом, психиатром, невропатологом, кардиологом и окулистом.

Структура клинических форм туберкулеза органов дыхания среди поступивших больных за 12 мес. в

**Таблица 1 - Результаты микробиологического исследования**

случаи ТБ	кол-во случаев за год (по ТБ 03)	кол-во случаев, которым проведен бак. посев мокроты		результаты посева				поставлено ТЛЧ (кол-во больных)	
		абс.ч.	%	Положительный		Отрицательный		абс.ч.	%
				абс.ч.	%	абс.ч.	%		
Новый случай МБТ+	46	46	19,1	46	19,1	0	0	46	19,1
Новый случай МБТ-	51	51	21,25	14	5,8	37	15,4	14	5,8
Рецидив МБТ+	70	70	29,1	63	26,25	7	2,9	63	26,25
Лечение после перерыва МБТ+	4	4	1,6	4	1,6	0	0	4	1,6
Неудача лечения МБТ+	44	44	18,3	43	17,9	1	0,4	43	17,9
Другие	25	25	10,4	11	4,5	24	10,0	11	4,5
Всего	240	240	100	181	75,4	69	28,7	181	75,4

Таблица 2 – Результаты теста лекарственной чувствительности МБТ

Результаты определения лекарственной устойчивости	Общее количество выписанных пациентов с положительным посевом, обследованных на лекарственную чувствительность										Общее число	
	4 категория											
	Новые случаи		Рецидивы		Неблагоприятный исход		Другие		Лечение после перерыва			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Общее число обследованных	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
Всего устойчивых	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
Любая резистентность к H	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
Любая резистентность к R	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
Любая резистентность к E	73	30,4	59	24,5	43	17,9	20	8,3	4	1,6	199	82,9
Любая резистентность к S	79	32,9	65	27,0	43	17,9	21	8,7	4	1,6	212	88,3
H+R	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
H+R+S	79	32,9	65	27,0	43	17,9	21	8,7	4	1,6	212	88,3
H+R+E	73	30,4	59	24,5	43	17,9	20	8,3	4	1,6	199	82,9
Общее число случаев с МЛУ H+R	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
Общее число случаев с ШЛУ	8	3,3	12	5,0	39	16,2	3	1,25	3	1,25	65	27,0
Резистентность к числу препаратов	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
ППР	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
к 2	97	40,4	70	29,1	44	18,3	25	10,4	4	1,6	240	100
к 3	79	32,9	65	27,0	43	17,9	21	8,7	4	1,6	212	88,3
к 4	73	30,4	59	24,5	43	17,9	20	8,3	4	1,6	199	82,9
ПВР	8	3,3	12	5,0	39	16,2	3	1,25	3	1,25	65	27,0
к 2	8	3,3	12	5,0	39	16,2	3	1,25	3	1,25	65	27,0
к 3	8	3,3	12	5,0	38	15,8	3	1,25	3	1,25	64	26,6
к 4	8	3,3	12	5,0	35	14,5	2	0,8	2	0,8	59	24,5
к 5	3	1,25	6	2,5	22	9,16	1	0,4	1	0,4	33	13,7
к 6	1	0,4			1	0,4			1	0,4	3	1,25

Таблица 3 - Дополнительные диагностические исследования

Исследование	12 мес. 2013г. n=281		12мес. 2014г. n=245	
	Абс.	%	Абс.	%
Фибробронхоскопия	25	8,9	21	8,6
Фиброгастродуоденоскопия	7	2,5	11	4,5
УЗИ внутренних органов	281	100,0	245	100
КТ головного мозга	5	1,8	7	2,8
КТ брюшной полости	12	4,2	3	1,2
КТ органов грудной клетки	25	8,9	44	17,9
Итого	355	126,3	331	135,0

2014 г. в сравнительном аспекте с 2013г. представлена в таблице 4.

Среди анализируемого контингента за 12 месяцев 2014г. преобладали больные с инфильтративной формой (68,1 %) и фиброзно-кавернозной формой туберкулеза (25,3%). В единичных случаях диагностированы остальные клинические формы. В сравнительном аспекте с 2013г. структура клинических форм остается прежней.

Всего осложнения основного заболевания наблюдались в 39,6% случаях; наиболее часто отмечалась дыхательная недостаточность (22,0 %) легочно-сердечная недостаточность (12,2%) (табл. 5). За анализируемые периоды частота осложнений в 2014г. возросла.

Уровень сопутствующих заболеваний в сравнении с 12 месяцами 2013г. остается повышенным, и за 12 месяцев 2014г. он составил 62,0 % случаев. При этом

Таблица 4 - Клинические формы туберкулеза органов дыхания

	12 мес. 2013г.		12 мес. 2014г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Инфильтративный	191	67,9	167	68,1
Фиброзно – кавернозный	77	27,4	62	25,3
Диссеминированный	2	0,7	2	0,8
Милиарный	5	1,8	4	1,6
Туберкулезный плеврит	0	0	2	0,8
Туберкулезный менингит	1	0,3	1	0,4
Туберкулез бронхов	0	0	1	0,4
Цирротический	0	0	1	0,4
Активного процесса нет	4	1,4	5	2,04
Всего	281	100,0	245	100,0

Таблица 5 - Осложнения туберкулеза у больных

Осложнения	12мес. 2013г.		12 мес. 2014г.	
	Абс.	%	Абс	%
Дыхательная недостаточность	50	17,7	54	22,0
Легочное кровотечение	7	2,4	0	0
Легочно-сердечная недостаточность	34	12,0	30	12,2
Туберкулез бронхов	3	1,0	1	0,4
Экссудативный плеврит	8	2,8	9	3,6
Туберкулез почек	0	0	0	0
Туберкулезный отит	0	0	1	0,4
Туберкулезный спондилит	1	0,3	2	0,8
Всего	102	36,2	97	39,6

Таблица 6 - Сравнительная характеристика по наличию сопутствующей патологии

Сопутствующая патология	12 мес. 2013г.		12 мес. 2014г.	
	Абс.	%	Абс.	%
Гепатобилиарная система	25	8,9	36	14,6
Заболевания ЖКТ	52	18,5	152	62,0
Заболевания мочевыделительной системы	32	11,4	136	55,5
Заболевания ЛОР органов	6	2,1	1	0,4
Заболевания сердечно – сосудистой системы	17	6,0	30	12,2
ХОБЛ	11	3,9	3	1,2
Заболевания ЦНС	7	2,5	24	9,7
Сахарный диабет	24	8,5	27	11,0
Железодефицитная анемия	11	4,0	17	6,9
Онкозаболевания	1	0,4	1	0,4

наиболее часто наблюдалась патология со стороны гепатобилиарной системы (14,6%), ЖКТ (62,0%), железодефицитная анемия (6,9%) и заболевания ССС (12,2%), сахарный диабет (11,0%), а также заболевания мочевыделительной системы (55,5%), ЦНС (9,7%) и ХОБЛ (1,2%). Уровень сопутствующих заболеваний в сравнении с 2013 годом поднялся, что говорит о направлении регионами в НЦПТ более тяжелых больных.

При госпитализации больных в отделение крайне тяжелое состояние констатировано у 32 (13,0%) больных, тяжелое - у 45 (18,3%), у остальных – средней тяжести - 67 (27,3%). У большинства больных общее состояние при поступлении в стационар оценивалось как относительно удовлетворительное (41,2%).

Эффективность лечения стационарного этапа лечения больных, выписанных за 6 месяцев 2014г года,

**Таблица 7 – Эффективность лечения больных МЛУ ТБ в режиме DOTS – Plus по результатам микроскопии и посева мокроты**

Конверсия мокроты	Микроскопия (n- 92)		Посев (n-117)	
	Абс.	%	Абс.	%
Через 1 месяц	47	51,0	13	11,1
Через 2 месяца	18	19,5	29	24,7
Через 3 месяца	8	8,6	32	27,3
Через 4 месяца	11	11,9	19	16,2
Через 5 месяцев	1	1,08	5	4,2
Без конверсии	7	7,6	19	16,6
Всего прекращение бактериовыделения	85	92,3	98	83,7

**Таблица 8 – Эффективность лечения больных ШЛУ ТБ в режиме ПТР по результатам микроскопии и посева мокроты**

Конверсия мокроты	Микроскопия (n-58)		Посев (n-64)	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Через 1 месяц	14	24,1	4	6,25
Через 2 месяца	9	15,5	6	9,3
Через 3 месяца	4	6,9	8	12,5
Через 4 месяца	6	10,3	7	10,9
Через 5 месяцев	10	17,2	1	1,5
Без конверсии	15	25,8	29	45,3
Всего прекращение бактериовыделения	43	74,1	35	54,6

оценивалась по критерию конверсии мокроты методами микроскопии и посева. При этом нами оценены результаты лечения больных МЛУ и ШЛУ ТБ (таблица 7).

Из таблицы 7 видно, что у наибольшего количества больных с МЛУ ТБ конверсия мазка мокроты методом микроскопии была достигнута в 92,3%.

Методом посева конверсия мокроты достигнута в 83,7 % случаев в первые три месяца лечения. В целом, конверсия мокроты методом микроскопии отмечалась в 92,3% случаев, а методом посева – в 83,7% случаев.

В таблице 8 показано, что конверсия мокроты у больных ШЛУ ТБ методом микроскопии достигнута в 74,1% случаев; преимущественно через 3 месяца от начала лечения (45,6%). Конверсия мокроты методом посева достигнута только в 54,6% случаев.

Таким образом, прекращения бактериовыделения методом посева в результате лечения ПВР на стационарном этапе удалось добиться у 83,7% больных МЛУ ТБ. В результате комплексного применения ПТП второго и третьего ряда, а также моксифлоксацина у больных ШЛУ ТБ эффективность по данному критерию была недостаточно высокой и составила 74,1% случаев (стандарт ВОЗ - 75%).

При лечении ПВР больных наблюдались различные побочные реакции, с отменой препарата у 121 (50,4%) больных. Преобладали токсические реакции различной степени выраженности – у 15 (12,3%) больных. У 22 (18,1%) больных отмечались аллергические побочные реакции (крапивница, дерматит).

При этом наиболее часто отменялся ПАСК - в 28,5%, протионамид – 19,0%, пиразинамид - в 11,1 %, циклосерин - в 8,0%.

Помимо выполнения обязанностей ординаторов сотрудники отделения входят в состав групп мониторинга НЦПТ МЗ СР РК и проводят мониторинговые визиты по стране. За отчетный год врачи отделения выезжали с организационно-методической и консультативной помощью в Южно – Казахстанскую, Атыраускую, Кызылординскую, Карагандинскую, Северо-Казахстанскую области и г.Астана РК. Для 45 больных из областей и регионов проведена заочная консультация с предоставлением рекомендаций о тактике лечения.

В отделении используются современные методы диагностики, лечения и анализа в контроле за МЛУ и ШЛУ туберкулезом. Наряду со стандартными методами исследования больных туберкулезом легких применяются углубленное исследование биологического материала (БАКТЕК, ТЛЧ к препаратам основного ряда и резервного ряда, гистология, биопсия, пункции), бронхоскопия и рентгенологические методы.

Основным направлением научной деятельности отделения остается изучение медико-социальных причин возникновения МЛУ ТБ, что потребует дальнейшего исследования.

#### **Выводы**

Преобладающее большинство больных, госпитализируемых в отделение, получали лечение по IV-категории

– 71,4% и по ШЛУ ТБ – 26,5%, с дополнительным использованием к данному режиму ПТП третьего ряда и моксифлоксацина – 65 (26,5 %) больных.

В связи с улучшением обеспечения ПВР в регионах, в НЦПТ стали направляться больные с распространенными и осложненными формами, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и токсико-аллергическими реакциями.

Госпитализация в отделение тяжелых осложненных больных обязывает использовать инновационные методы диагностики (КТ, МРТ, УЗИ-Доплер, исследования крови на электролиты, исследование мокроты на вторичную флору с постановкой ТЛЧ к антибиотикам последних поколений, аллелготесты и др.), а также консультации высококвалифицированных узких специалистов (ЛОР, гепатолог, кардиолог, гастроэнтеролог, невропатолог и психолог, окулист).

Основным направлением научной деятельности отделения остается изучение медико-социальных причин возникновения МЛУ ТБ, что потребует дальнейшего исследования.

#### Тұжырым

Туберкулез проблемалары Ұлттық орталығының №1 өкпе туберкулезі бөлімшесінде 2014 жылы және алдыңғы жылы да күндік төсек көрсеткіші 110,2% құрады. Төсек айналымы 3,1-ге тең, ауруханада қайтыс болғаны 0,4. ДСТ нәтижесі бойынша 100% ТМБ мультитөзімділікпен қосарланғаны 3-тен жоғары. Төзімділік көбінесе Pto/ Eto (47,7%), Cm (11,0%), Cs (13,0 %), Ofx (8,0 %), Am (7,0%) және PAS (23,5 %) байқалады. IV-ші санат бойынша КДТ ТБ науқастарын тиімді емдеуде микроскопиялық әдіспен бактерия бөліндісін тоқтату белгісі 92,3% құраса, себінді әдісімен 83,7% құрайды. ДАТ ТБ науқастарын тиімді емдеуде микроскопиялық әдіспен бактерия бөліндісін тоқтату белгісі 74,1% құраса, себінді әдісімен 54,6%

құрады. № 1 өкпе туберкулезі бөлімшесінде емдеуге алынған науқастар көрсеткіші бойынша КДТ ТБ- 91,6%, ДАТ ТБ- 74,1% құрады.

#### Резюме

В отделении НЦПТ ЛТО-1 в 2014 году, как и в предыдущие годы, показатель по койко-дням составил 110,2%. Оборот койки равен 3,1, больничная летальность - 0,4. По результатам ТЛЧ в 100 %, случаев имела место резистентность к 3 и более ПВР в сочетании с мультитезистентностью МБТ. Наиболее часто резистентность отмечалась к Pto/ Eto (47,7%), Cm (11,0%), Cs (13,0 %), Ofx (8,0 %), Am (7,0%) и PAS (23,5 %). Эффективность лечения больных МЛУ ТБ по IV категории по критерию прекращения бактериовыделения методом микроскопии составила 92,3% и методом посева - 83,7%. Эффективность лечения больных ШЛУ ТБ по критерию прекращения бактериовыделения методом микроскопии составила 74,1% и методом посева -54,6%. Показатель излечиваемости больных, находившихся на лечении в ЛТО-1, составил по МЛУ ТБ 91,6% и по ШЛУ ТБ -74,1 %.

#### Summary

As during earlier years, in 2014 indicator of bed/day was equal 110.2%, work of bed did 3.1, lethality did 0.4. By results of DST resistance was found-out in 100% to 3 or more anti-B drugs plus multiresistance of MBT(to HR). Resistance to Pto/ Eto (47.7%), Cm (11.0%), Cs (13.0 %), Ofx (8.0 %), Am (7.0%) и PAS (23.5%) occurred the most frequently. Effectiveness of treatment of patients with MDR TB treated under regimen of IV category by criterion of MBT negativation through microscopy method constituted 92.3% and by culturing it did 54.6%. Indicator of cure among patients treated in the Department No1 constituted 91.6% (MDR TB) and 74.1% (XDR TB).

УДК

## Эффективность оздоровления детей в условиях детского противотуберкулезного санатория

**Сакыбаева С.А., Курбанова А.Т., Мусабекова Г.А., Туремуратова Г.Ж., Асанова А.А.**

*Областной детский противотуберкулезный санаторий г. Шымкент*

*Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы*

**Ключевые слова:** противотуберкулезный санаторий, эффективность оздоровления детей, индекс Кетле

Туберкулез является глобальной проблемой общественного здравоохранения и представляет серьезную угрозу здоровью населения, особенно детей.

Способствующими факторами в увеличении заболеваемости туберкулезом детей являются такие факторы, как рост заболеваемости заразными формами тубер-

кулеза среди взрослого населения, позднее выявление больных в семье и в близком окружении детей, увеличение числа больных-нарушителей режима, несвоевременная изоляция детей и миграция населения [1].

В современных эпидемиологических условиях одним из факторов, способствующих дальнейшему снижению заболевания детей туберкулезом, является проведение лечебно-профилактических мероприятий среди группы детей с повышенным риском заболевания в специализированных санаторных учреждениях [2].

Противотуберкулезные санатории республиканского, областного, городского уровней организуются в установленном законодательством порядке и являются специализированными учреждениями.

Санаторная сеть по Южно-Казахстанской области представлена 2 детскими садами с коечной мощностью на 180 коек, 13 санаторными группами на 275 мест, 1 школой-интернатом и 3 противотуберкулезными санаториями с учетом возрастных диапазонов.

Одним из них является областной детский противотуберкулезный санаторий «Карлыгаш».

Санаторий основан в 1965 году, число коек-150. Функционируют 6 групп с учетом возраста. Возрастной диапазон детей составляет от 2 до 7 лет.

Работа санатория проводится в соответствии с нормативными актами Правительства Республики Казахстан за № 178 от 31 января 2012 года «Санитарные правила - «Санитарно-эпидемиологические требования к санаторным и оздоровительным объектам», приказами Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан за № 19 от 22 августа 2014 года «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу».

Основной контингент поступающих детей на оздоровление в санаторий – это, в первую очередь, дети после интенсивного курса лечения в противотуберкулезных диспансерах и больницах, которые нуждаются в проведении поддерживающей фазы лечения, дети из контакта с чувствительной и устойчивой формой туберкулеза и дети с положительным результатом кожного теста «Диаскинтест».

Поступление детей в учреждение до настоящего времени проводилось путем направления детей территориальными участковыми фтизиатрами с заполнением путевки и сбором необходимых документов (результаты анализов исследования, рентгенснимки, справки о контакте и т.д.).

В связи с внедрением новых технологий в медицине, поступление детей в данный момент осуществляется через электронный портал «Бюро госпитализации», где отчетливо наблюдаются заявки на регистрацию участковыми фтизиатрами, наличие свободных мест у принимающей стороны и результаты госпитализаций.

**Цель исследования:** Оценка эффективности оздоровления детей с помощью индекса Кетле, т. е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью расчетов в условиях санатория.

#### **Задачи исследования:**

Использовать метод Кетле для определения параметров физического развития

Оценить эффективность оздоровления у детей в возрасте 6-7 лет по нормативным показателям

#### **Объект исследования:**

Дети областного детского противотуберкулезного санатория «Карлыгаш» в возрасте 6-7 лет

#### **Предмет исследования:**

Оценка эффективности оздоровления у детей в возрасте 6-7 лет. Период исследования - 2014 год

Формула индекса Кетле (Оценка эффективности оздоровления) свидетельствует о гармоничности физического развития и рассчитывается как частное от деления массы тела в килограммах на квадрат длины тела ( в метрах) . Нормой индекса Кетле для детей в возрасте 6-8 лет является 16, увеличение индекса на две единицы свидетельствует об избыточности массы тела, а снижение на две единицы - о дефиците.

Ростово-весовой показатель оценивает пропорциональность показателей массы и роста ребенка. Для его определения используется специальная формула:

$M \times 100 / P$ ;

где M - показатель массы тела ребенка;

P- показатель роста ребенка.

Разбивка детей по возрастам представлена в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что детей в возрасте до 3-х лет и 3-4 года было самое меньшее количество и составило 7,5% и 13,5%, а наибольшее количество детей было в возрасте 6-7 лет и составило 30,9%.

Согласно таблице 2, соотношение девочек и мальчиков было почти равным, то есть 225 (49,9%) девочек и 226 (50,1%) мальчиков от общего количества 451.

Всего исследованию подлежало 139 детей, из них в возрасте 6 лет -109 (78,4%) и до 7 лет - 30 (21,6%) детей, по половому признаку было 59 (42,4%) девочек и 80 (57,6%) мальчиков соответственно.

Для оценки физического развития дети были распределены по возрасту и по полу. Из общего числа 109 детей в возрасте 6 лет девочек было - 47 (43,1%), мальчиков было 62 (56,9%) соответственно. Детей в возрасте до 7 лет из общего числа 30, девочек было 12 (40%), а мальчиков 18 (60%).

Таким образом, среди детей, подлежащих исследованию в двух возрастно-половых диапазонах 6 - 7 лет, преобладали мальчики (таблица 3).

**Таблица 1 - Возрастной состав детей**

Годы	до 3-х лет		3-4 года		4-5 лет		5-6 лет		6-до 7 лет		Всего
2014	34	7,5%	61	13,5%	100	22,2%	117	25,9%	139	30,9%	451

**Таблица 2 - Половой состав детей**

Годы	Девочки		Мальчики		Всего
2014	225	49,9%	226	50,1%	451

**Таблица 3 - Возрастно-половой состав детей, подлежащих исследованию**

2014 г.	Всего детей		6 лет		7 лет	
	139	100%	109	78,4%	30	21,6%
Девочек	59	42,4%	47	43,1%	12	40%
Мальчиков	80	57,6%	62	56,9%	18	60%

**Таблица 4 - Распределение детей по диагнозам**

Диагнозы	Абс. число	%
Туб.контакт	41	29,5
Туб.контакт с МЛУ/ШЛУ ТБ	6	4,3
Инфицирование МБТ, впервые выявленное	92	66,2
Всего	139	100%

Среди клинических диагнозов, как видно из таблицы 4, преобладал диагноз «Инфицирование МБТ, впервые выявленное» у 92 ребенка, что составило 66,2%.

Такое большое количество можно объяснить тем, что, в связи с внедрением нового приказа МЗ СР РК №19 от 22.08.2014 г. «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу» такие «старые» диагнозы, как «вираж» и «гиперергическая реакция» были объединены, также часто встречался диагноз «тубконтакт» - у 47 детей, из них тубконтакт с чувствительной формой туберкулеза был у 41 (29,5%), а у 6 (4,3%) контакт был установлен с больным туберкулезом с множественной устойчивостью.

Физическое развитие остается одним из важнейших показателей здоровья и возрастных норм совершенствования, поэтому практическое умение правильно оценить его будет способствовать воспитанию здорового поколения. Данное исследование направлено на оценку индивидуального физического развития детей с помощью индекса Кетле, т.е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью математических расчетов.

Для оценки показателей были использованы электронные весы наполные, ростомер. Все измерения проводились в первой половине дня.

Для оценки эффективности оздоровления каждого ребенка в целом информация по результатам медицинского осмотра вносилась в утвержденную приказом МЗ РК № 907 от 23 ноября 2010 года карту лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма №042/у), предусматривающем внесение информации по каждому ребенку в начале оздоровления, а также по его окончании.

Наряду с этим, важными критериями оздоровительной эффективности в условиях детских санаторий являются проведение оценки функциональных проб сердечнососудистой системы, дыхательной систем (проба Генче) и оценка физической работоспособности детей. Учитывая младший возраст детей в санатории, вышеуказанные пробы не проводились, так как возрастной критерий для проведения проб составляет 7 лет и старше.

С целью закаливания организма детей в санатории проводился комплекс мероприятий, который включал:

режим дня, назначение рационального питания, закаливающих мероприятий и систематических физкультурных занятий с элементами дыхательной гимнастики.

Режим дня составлялся в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к режимам для детей различных возрастных групп, и предусматривал максимальное пребывание их на свежем воздухе, проведение оздоровительных, физкультурных, культурных мероприятий, организацию игр, регулярное питание.

Из закаливающих процедур проводилась дыхательная гимнастика по Стрельниковой, для повышения сопротивляемости организма к простуде и заболеваниям верхних дыхательных путей - точечный массаж по методу А.А. Уманской, хождение по «солевым» дорожкам по Рижскому методу, солнечно-воздушные ванны, водные процедуры и лечебная физкультура.

Необходимо отметить, что при оздоровлении детей в режиме дня были учтены также психологические моменты, т.е. адаптация ребенка к новым условиям проживания без родителей и круглосуточное их пребывание в санатории.

В связи с этим, в первые 10 дней детям назначался адаптационный режим дня, в последующие 5 дней - тонизирующий режим, а далее - общий режим дня.

Таким образом, создание детям благоприятных условий для быстрой и безболезненной адаптации к санаторному режиму повышает эффективность оздоровления детей от туберкулезной инфекции и способствует предупреждению развития заболевания у инфицированных.

Из таблицы 5 видно, что из общего числа 139 детей до оздоровления нормальный вес и рост при норме 16 кг/м были у 88 (63,3%), из них девочек было 33 (55,9%), мальчиков - 5 (68,7%). Показатель ниже 16 кг/м определен у 42 (30,1%), из них у 24 (40,6%), девочек и 18 (22,5%) мальчиков. Более 16 кг/м показатель был всего у 9 (6,5%) детей, из них у 2 (3,5%) девочек и 7 (8,8%) мальчиков.

Результаты после проведения оздоровительно-закаливающих мероприятий сравнивали с данными, полученными до оздоровления (табл. 5).



Таблица 5 - Результаты оценки физического развития

	Всего детей	N-16кг/м <sup>2</sup>			Менее 16кг/м <sup>2</sup>			Более 16 кг/м <sup>2</sup>		
		6лет	7лет	Всего	6лет	7лет	Всего	6лет	7лет	Всего
В начале лечения	139	70 (50,3%)	18 (13%)	88 (63,3%)	35 (25,1%)	7 (5%)	42 (30,1%)	4 (2,9%)	5 (3,6%)	9 (6,5%)
Девочки	59	26 (44,1%)	7 (11,8%)	33 (55,9%)	21 (35,5%)	3 (5,1%)	24 (40,6%)	0	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Мальчики	80	44 (55,0%)	11 (13,7%)	55 (68,7%)	14 (17,5%)	4 (5%)	18 (22,5%)	4 (5%)	3 (3,8%)	7 (8,8%)
В конце лечения	139	85 (61,1%)	19 (13,7%)	104 (74,8%)	17 (12,2%)	2 (1,5%)	19 (13,7%)	7 (5%)	9 (6,5%)	16 (11%)
Девочки	59	32 (54,2%)	8 (13,6%)	40 (67,8%)	15 (25,4%)	0	15 (25,4%)	0	4 (6,8%)	4 (6,8%)
Мальчики	80	53 (66,2%)	11 (13,8%)	64 (80,0%)	2 (2,5%)	2 (2,5%)	4 (5%)	7 (8,7%)	5 (6,3%)	12 (15%)

Как видно из таблицы 5, число детей с нормальным весом и ростом при норме 16 кг/кв/ увеличилось до 104 (74,8%), из них девочек было 40 (67,8%), мальчиков - 64 (80,0%). Сократилось количество детей ниже 16 кг/кв/ до 19 (13,7%), из них девочек было 15 (25,4%), мальчиков - 4 (5%). Также увеличилось число детей с показателем более 16 кг/кв/, что составило 16 (11,5%), из них девочек - 4 (6,8%), мальчиков - 2 (15,0%).

Эти данные иллюстрируются диаграммами ниже на рисунках 1 и 2.

Таким образом, анализ результатов оценки эффективности оздоровления показал, что до начала оздоровления индекс Кетле ниже нормы имели 42 (30,1%) детей, выше нормы - 9 (6,5%). В динамике установлено, что в результате проведения оздоровительных мероприятий количество детей с нормальным весом и ростом увеличи-



Рисунок 1- Результаты эффективности оздоровления детей в возрасте 6 лет

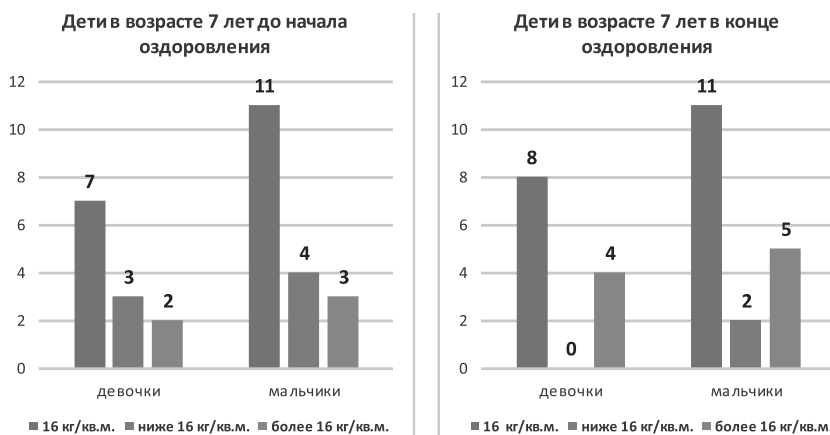


Рисунок 2- Результаты эффективности оздоровления детей в возрасте 7 лет

лось с 88 до 104, количество детей с низкими показателями уменьшилось с 42 до 19. Также анализ показал, что положительная динамика в виде прибавки в весе и в росте в основном наблюдалась у мальчиков по сравнению с девочками. Следует отметить, что девочки из группы с индексом Кетле ниже 16 кг/кв/л в конце оздоровления, несмотря на прибавления в весе, отставали в росте, т.е. до начала лечения были низкого роста, а прибавка в росте в среднем на 1-1,5 см не повлияла на эффективность.

#### Выводы

В результате мероприятий по оздоровлению детей индекс Кетле с нормальным весом и ростом увеличился на 8,5% - с 88 (66,3%) до 104 (74,8%), из них девочек 40 (67,8%), мальчиков 64 (80,0%);

Сократилось на 19,4% количество детей с индексом Кетле менее 16 кг/кв/л с 42 (30,1%) до 19 (13,7%), из них девочек 15 (25,4%), мальчиков 4 (5%);

Положительная динамика в виде прибавки в весе и в росте в основном наблюдалась у мальчиков;

Девочки из группы с низким индексом Кетле (ниже нормы 16 кг/кв/л) в конце оздоровления, несмотря на прибавления в весе, отставали в росте, так как до начала лечения были низкого роста, вследствие этого прибавка в росте на 1-1,5 см не повлияла на эффективность оздоровления;

Для эффективного оздоровления детей в противотуберкулезных санаториях, наряду со специфической химиопрофилактикой, необходимо внедрять еще и другие оздоровительные мероприятия, направленные на достижение нормального показателя индекса Кетле;

Для оценки эффективности проведения оздоровительных мероприятий в условиях детского противотуберкулезного санатория следует разработать индикаторы результата медико-оздоровительных мероприятий, также назрела необходимость разработки нового приказа по работе детской санаторной службы, так как предыдущий приказ был отменен в 2012 году.

#### Литература

1. Электронный информационно-аналитический медицинский журнал. // Организация медико-педагогической реабилитации в условиях детского противотуберкулезного санатория «Куншуак». – Алматы, 2014г.
2. Морева З.В., Усемисов Т.С., Даниярова А.Р. // Пробл. туб. -2007.-№2 (12).-С.23-27.
3. Постановление Правительства Республики Казахстана. //«Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к санаторным и оздоровительным объектам». -№ 178 31.01. 2012 г.

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан// «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу». - № 19 от 22.08. 2014 г.

#### Резюме

Проведена оценка эффективности оздоровления у 139 детей в возрасте 6 и до 7 лет по индексу Кетле. До проведения мероприятий по оздоровлению, детей с нормальным весом и ростом при норме 16 кг/мл было 88 (63,3%), с показателем ниже 16 кг/мл было 42 (30,1%) ребенка. Показатель выше нормы 16 кг/мл был у 9 (6,5%) детей. Таким образом, наше исследование подтверждает тот факт, что правильное составление режима дня с учетом возраста, режима питания, совместная медико-педагогическая работа с психологическим акцентом и проведение закаляющих процедур позволяют повысить показатели эффективности оздоровления по индексу Кетле, особенно у детей низким показателем 16 кг/мл.

#### Тұжырым

6-7 жастағы 139 баланың денсаулық тиімділігін Кетле Индексі бойынша бағалау жүргізілді. Бұл шараны жүргізуге дейін, 16 кг/ш.м. қалыпты көрсеткіште балалардың саны 88 (63,3%), ал 16 кг/ш.м. –ден төмен көрсеткіште 42 (30,1%) бала және 16 кг/ш.м –ден жоғары көрсеткіште 9 (6,5%) бала болды. Осы көрсеткіштерге сүйене отырып, біздің зерттеу жұмыстарымыздың нәтижесінде жас ерекшелігіне қарай күн тәртібін дұрыс қадағалау, тамақтану тәртібі, психологиялық негізге сүйенген медициналық-педагогикалық жұмыстардың жүргізілуі, уақтылы шынықтыру процедуралардың жүргізілуі Кетле Индексі бойынша әсіресе 16 кг/ш.м-ден төмен көрсеткіштегі балалардың денсаулығына тиімді болып, сауықтыру көрсеткішінің жоғарлағанын растайды.

#### Summary

Evaluation of effectiveness of rehabilitation of 139 children at the age of 6-7 years old using the Kettle index was conducted. Prior to the rehabilitation activities there were 88 (63,3%) children with normal weight and height with the norm of 16 kg/ml, 42 (30,1%) children with the rate under 16 kg/ml. There were 9 (6,5%) children with the rate above 16 kg/ml. Thus, our research confirms the fact that correct day regimen taking into account age, dietary regimen, joint medical and educational work with psychological accent and conduction of tempering procedures allow to increase the effectiveness rates of rehabilitation using Kettle index, especially among children with low rate of 16 kg/ml.

УДК

## Случай отсроченной корригирующей торакопластики грудной клетки после пневмонэктомии при наличии туберкулезного процесса в единственном легком

**Бижанов Б.А., Зетов А.Ш., Сапиева Ж.А., Сманов Т.С., Малбасканов А.Д., Джуматаев А.А.**  
Межрайонный противотуберкулезный диспансер Управления здравоохранения г. Алматы

**Ключевые слова:** торакопластика, плевропневмонэктомия, туберкулез

Общепринятой тактики при лечении пациентов с тотальным поражением одного и лобарным или сублобарным поражением второго легкого не существует.

Большинство хирургов предлагают начинать хирургическое лечение с выполнения пневмонэктомии на стороне большего поражения, рассчитывая на возможность положительной динамики консервативного лечения после удаления основного процесса [1,2]. Однако при сформированных кавернах перерастяжение легочной ткани единственного легкого после пневмонэктомии не только не способствует закрытию каверны, но и, чаще всего, вызывает прогрессирование процесса [3-7].

Представленный ниже клинический пример демонстрирует один из вариантов хирургической тактики в лечении этой самой тяжелой во фтизиохирургии категории больных.

Один из вариантов хирургической тактики при двустороннем поражении и наличии с одной из сторон разрушенного легкого и эмпиемы плевры с бронхиальным свищом был предложен и впервые осуществлен в клинике Л.К.Богуша. На первом этапе выполнялись трансстернальная трансперикардальная окклюзия легочной артерии и бронха разрушенного легкого одновременно со вскрытием полости эмпиемы и экстраплевральным пневмолизом или резекцией со стороны меньшего поражения. Вторым этапом через 2-4 месяца выполнялась плевропневмонэктомия. Третьим этапом, если развивался рецидив эмпиемы, была торакопластика.

Однако, если при использовании экстраплеврального пневмолиза одновременно с трансстернальной окклюзией из 13 больных эффект был получен у 9 (69,2%), а 4 (30,8%) умерли, то все случаи лобэктомии с одномоментной трансстернальной окклюзией, выполненные в 80-е годы в ЦНИИТ, закончились неудачно. Сообщения о подобных операциях, выполненных с успехом, нам не встретились, поэтому следующее наблюдение представляет интерес.

Больной Б., 41 год. Поступил в легочно-хирургическое отделение с диагнозом «Инфильтративный туберкулез легких, осложненный эмпиемой плевры справа с бронхоплевральным свищом, МБТ(+), МЛУ ТБ».

При поступлении состояние было средней тяжести.

Больной предъявлял жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, повышение температуры тела до 39°, потливость, боль в грудной клетке, связанную с дыханием, головокружение.

При поступлении на обзорной рентгенограмме грудной клетки определялось коллабирование правого легкого с его негетогенным затемнением и полостью эмпиемы. Слева в С6 - инфильтрат и рассеянные очаги по



Рисунок 1 – Обзорная рентгенограмма грудной клетки больного при поступлении в стационар

всему легкому (рисунок 1).

КТ больного Б. до операции. Цирроз правого легкого с обширной полостью эмпиемы и множественными мелкими полостями в коллабированном легком. Слева в С6 - инфильтрат и очаги обсеменения нижних отделов.

На компьютерной томограмме цирротические изменения правого легкого с обширной полостью эмпиемы и множественными мелкими полостями в коллабированном легком. Слева в С6 - инфильтрат, а также очаговые обсеменения нижней доли левого легкого (рисунок 2).

В мокроте выявлены МБТ+, устойчивые к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу.

С целью подготовки к операции, больному назначен курс химиотерапии: амикацин - 1,0 в/м; циклосерин - 1,0;

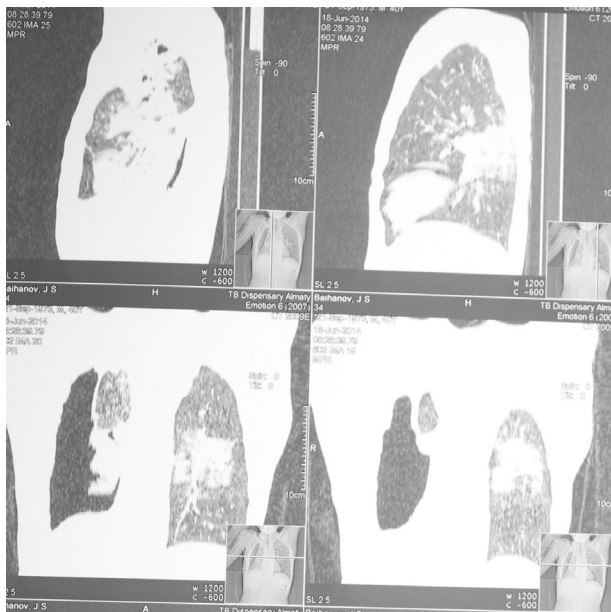


Рисунок 2 – Компьютерная томография легких больного при поступлении в стационар

левофлоксацин - 1,0; протионамид - 0,75; пиразинамид - 2,0; ПАСК - 8,0; пасконат - 300,0 внутривенно капельно через день, а также дезинтоксикационная, гемостатическая, симптоматическая терапия, дренирование и местная санация полости эмпиемы справа.

После 6 месяцев интенсивной терапии 14.07.2014г. выполнена операция: трансстеральная трансдиафрагмальная окклюзия правого главного бронха (хирург Гиллер Д.Б.).

Во время операции после полной продольной стернотомии в аортокавальном промежутке выделен правый главный бронх и отсечен по устью. Трахеобронхиальный дефект ушит атравматическими швами. Мобилизованный тимус с клетчаткой переднего средостения уложен в межкультевой промежуток и фиксирован к центральной культе.

Продолжительность операции составила 2 часа 40 минут, интраоперационная кровопотеря - 150 мл, гемотрансфузия не проводилась.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. На рентгенограммах легких инфильтративные изменения и очаговая диссеминация в левом легком уменьшились.

Через 3 месяца выполнен второй этап хирургического лечения: плевропневмонэктомия справа (хирург Бижанов Б.А). Из боковой торакотомии в 5-ом межреберье экстраплеврально выделено правое легкое с эмпиемным «мешком». Были выделены, перевязаны и пересечены нижняя и верхняя легочные вены и правая легочная артерия. Правый главный бронх был прошит аппаратом УО-40 в дистальной части, и легкое удалено. Затем дно периферической культи правого главного бронха было иссечено полностью.

В удаленном макропрепарате визуализировалось наличие эмпиемы с толщиной стенки до 1см, на разрезе легочная ткань была карнифицирована, с множественными кавернами, бронхоэктазами и очагами.

Гистологически был установлен фиброзно-кавернозный туберкулез в фазе прогрессирования, осложненный туберкулезной эмпиемой плевры. Послеоперационный период протекал гладко.

С целью профилактики послеоперационного рецидива и уменьшения перерастяжения единственного резецированного легкого, в котором оставались инфильтрат и множественные очаги, пациенту была выполнена через 100 дней после пневмонэктомии VATS отсроченная корригирующая пятиреберная торакопластика справа (хирург Бижанов Б.А).

Из небольшого разреза между лопаткой и позвоночником были резецированы от позвоночника до грудины первое и второе ребро, до среднеподмышечной линии третье, четвертое и пятое ребро.

Экстраплевральная полость была дренирована одним тонким дренажом. Продолжительность операции составила 2 часа, интраоперационная кровопотеря- 340 мл, гемотрансфузия не проводилась.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При многократном исследовании мокроты методами посева и микроскопии уже после первой операции МБТ не определялись. Рентгенологически через 2 недели после торакопластики перерастяжение единственного легкого уменьшилось (рис. 3).



Рисунок 3- Обзорная рентгенограмма грудной клетки после операций

На КТ через месяц после последнего этапа хирургического лечения отмечалось дальнейшее рассасывание очагов в единственном легком (рис. 4).

В удовлетворительном состоянии пациент был выписан из стационара для продолжения лечения по месту жительства.



Рисунок 4 – Компьютерная томография больного после проведенных операций

Таким образом, данный клинический случай хирургического лечения больного показывает целесообразность проведения корригирующей торакопластики грудной клетки после пневмонэктомии при наличии туберкулезного процесса в единственном легком с целью профилактики прогрессирования процесса.

#### Литература

1. Наумов В.Н., Шайхаев А.Я., Богуш А.Л., и др. Хирургическая тактика при двустороннем деструктивном поражении легких, осложненном пиопневмотораксом // Пробл. туб. - 1987. - № 11. - С. 42-44.
2. Наумов В.Н., Шайхаев А.Я. Хирургическое лечение больных туберкулезом легких, вызванным лекарственно-устойчивыми микобактериями // Хирургическое лечение туберкулеза и других заболеваний легких: Матер. Науч.-практ. конф., Челябинск, 2001. - С.58-59.
3. Гиллер Д.Б., Гиллер Г.В., Гиллер Б.М. и др. Способ отсроченной коррекции плевральной полости после резекции легких // Патент РФ на изобретение № 2427332. Опубликовано 27.08.2011 в бюл. № 24.
4. Гиллер Д.Б., Гиллер Б.М., Гиллер Г.В. и др. Способ обработки культи главного бронха при пневмонэктомии // Патент РФ на изобретение №2354306 от 10.05.2009. Опубликовано 10.05.2009, бюл. № 13.
5. Гиллер Д.Б., Гиллер Г.В., Токаев К.В. и др. Способ хирургического лечения постпневмонического синдрома // Патент РФ на изобретение №2427327. Опубликовано 27.08.2011 в бюл. № 24.

6. Богуш Л.К., Мамедбеков Э.К. Хирургическое лечение больных туберкулезом единственного легкого после пневмонэктомии // Грудная хирургия. - 1983. - № 1. - С. 30-34.

7. Репин Ю.М. Хирургия отягощенных форм туберкулеза легких. - Ленинград, 1984. - 232с.

#### Резюме

В статье описан случай хирургического лечения больного туберкулезом, которому был проведен ряд операций. Последней операцией была корригирующая торакопластика грудной клетки, направленная на профилактику прогрессирования процесса в единственном легком в послеоперационном периоде.

#### Тұжырым

Бұл мақалада ота жасалған туберкулез науқастарын хирургиялық емдеу жағдайлары сипатталған. Ота жасалғаннан кейін өкпедегі аурудың күшею үрдісін алдын алу үшін, көкірек қуысына торакопластикалық түзетуге жасалған соңғы ота болды.

#### Summary

This paper presents the case of surgical treatment of a patient with tuberculosis which supported a number of operations. The last operation was the thoracoplasty of chest targeted to prevent TB process progressing in the single lung during postoperative period.

## Педагогические технологии в процессе изучения фтизиатрии

**Ракишева А.С., Сыздыкова Н.С., Касенова Л.Ш., Кумисбаева Б.Т.,  
Исаева А.Г., Макулбаева У.Т., Жумабаева Ш.К., Даутова О.М.**

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,  
Кафедра фтизиопульмонологии, Алматы*

**Ключевые слова:** фтизиатрия, образовательные технологии, инновационная деятельность, проблемно-ориентированное обучение

Получение высококачественного образования в стенах высшей медицинской школы неразрывно связано с совершенствованием методов преподавания дисциплин, внедрением новых образовательных технологий. Современная система высшего медицинского образования призвана готовить молодых специалистов с высоким уровнем теоретической подготовки по своей врачебной специальности, способных быстро и эффективно реагировать на современные достижения медицинской науки, владеющих широким спектром клинического мышления, готовых внедрять технологии и инновации в практическое здравоохранение [1]. Студент и выпускник высшего учебного заведения должен не только получать знания по предметам программы, овладевать умениями и навыками использования этих знаний, методами исследовательской работы, но и уметь самостоятельно приобретать новые научные сведения [2]. Инновационные формы организации познавательной деятельности должны обеспечить активность студентов, коммуникабельность, компетентность, формирование способности принимать самостоятельные решения с формированием собственного мировоззрения и стиля деятельности [3]. При условии применения инновационных форм организации учебы студенты вовлекаются в реальную творческую деятельность, которая привлекает их новизной, развивает потребность обнаруживать проблемы и разрешать противоречия, которые возникают в процессе их самостоятельной работы [4]. Основу и содержание инновационных образовательных процессов составляет творческая инновационная деятельность, сущность которой заключается в обновлении педагогического процесса, внесении новообразований в традиционную систему, которая предусматривает наивысшую степень педагогического творчества. При этом субъектом - носителем инновационного процесса является, в первую очередь, педагог-новатор [5-7].

На современном этапе проблема преподавания фтизиатрии зависит от меняющихся форм и методов противотуберкулезной работы, что обязывает проводить педагогический процесс с учетом трансформации взглядов по многим направлениям фтизиопульмонологии, так как содержание обучения должно соответствовать времени и перспективам, а также потребностям практического здравоохранения и достижениям современной медицин-

ской науки.

Результативность обучения определяется двумя основными факторами: профессиональной компетентностью преподавателя и потребностью обучаемых в продуктивности образовательного процесса. Для повышения профессиональной компетентности преподавателей на совещаниях кафедры фтизиопульмонологии регулярно ставятся проблемы, касающиеся современных педагогических технологий. Так, в течение последних лет обсуждались такие вопросы, как: «Педагогическое мастерство», «Профессиональные требования к личности педагога», «Самостоятельная работа студентов в освоении актуальных вопросов фтизиатрии», «Обоснование и принципы лично ориентированного подхода в обучении», «Болонский процесс и преподавание фтизиатрии и пульмонологии», «Инновационные методы обучения в освоении фтизиатрии и пульмонологии», «Компетенции, их оценка во фтизиатрии», «Принципы успешности и амбивалентности в инновационном обучении», «Психологический настрой и метод самооценки личности».

В процессе обучения каждый педагог кафедры использует творческий подход, внедряет новые активные методы преподавания с обсуждением их на кафедральных совещаниях. Одним из таких методов является проблемно-ориентированное обучение (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, 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. Для лучшего освоения актуальных вопросов фтизиатрии, занятия в виде PBL проводятся по темам: «Проблема туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Казахстане», «Принципы и методы лечения больных туберкулезом», «Очаги туберкулезной инфекции», «ПОПС формула», TBL «Первичный туберкулез».

Для развития клинического мышления используется «Моделирование клинической ситуации» (тренинг навыков по получению информированного согласия пациента для проведения химиопрофилактики ребенку из очага туберкулезной инфекции). При проведении практических занятий используются и компьютерные игровые технологии в виде «Минуты славы», «Игры разума», «Как стать миллионером».

В процессе преподавания фтизиатрии преподаватель оценивает студента по пяти компетенциям [8]:

- когнитивная (знания)
- операциональная (навыки)
- аксиологическая (коммуникативные навыки)
- правовая
- непрерывное обучение

Большая роль в формировании практических навыков принадлежит самостоятельной работе студентов (СРС), которая служит неотъемлемой частью совершенствования клинического мышления. Выбор тематики по СРС определяется необходимостью более широкого охвата тех вопросов, которые из-за ограниченности времени не нашли должного отражения на аудиторных занятиях и требуют более детального изучения данных проблем в самостоятельной форме обучения. Задания по СРС выполняются в виде: реферативных сообщений, составления клинических задач, диагностических алгоритмов, экспертной оценки истории болезни, схем лечения, таблиц, тестовых заданий, кроссвордов, протоколирования рентгенологических исследований, информационного листка по санитарно-просветительской работе, отражающего вопросы раннего выявления и профилактики туберкулеза, опережающей самостоятельной работы с использованием блок-схем, дивергентной карты, что позволяет разнообразить педагогический процесс, стимулирует поисковую деятельность студентов, делает занятия более проблемными и интересными.

Таким образом, образовательный процесс должен стимулировать активность студентов и способствовать тому, чтобы эта активность была осознанной и направленной на достижение позитивного результата. Применение интерактивных методов обучения в освоении фтизиатрии способствует развитию творческого мышления студентов, повышению коммуникативных навыков обучающихся, прививает навыки презентаций, публичных выступлений, участия в семинарах. Наиболее целеустремлённая молодёжь в целом сознаёт, что хорошая качественная подготовка, специальные знания, готовность повышать квалификацию становятся важными составляющими профессиональной деятельности и жизненного успеха.

### Литература

1. Мухина С.А., Соловьева А.А. Современные инновационные технологии обучения. -М., 2008. – 33с.
2. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине. – М., 2001. - 23с.
3. Портных В. О воспитании самостоятельности студентов // Высшее образование в России. – 2006. –№ 7. – С. 155–157.
4. Дещёкина М.Ф., Дианкина М.С., Ильенко Л.И. и др. Деловая клиническая игра в медицинском институте // Педиатрия им. Сперанского. – 2010. – № 3. – С. 69–72.
5. Панфилова А. П. Инновационные педагогические технологии : активное обучение: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений.-М., 2009. - 192 с.
6. Сидорова Л.В. Обучение будущих педагогов проектированию средств мультимедиа-визуализации учебной информации // Кан. дис. Брянск, 2006.
7. Исаев И.Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя. – М.,2002.
8. Аканов А.А. и др. «Модель медицинского образования Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова, Часть 3 «Методы и формы обучения», Алматы, 2010.

### Тұжырым

Фтизиатрия пәнін оқу барысында интерактивті оқыту әдістерін енгізу – заманауи жоғарғы оқу орындарындағы студенттерді даярлауды шыңдаудың маңызды бағыттарының бірі болып табылады. Студенттерді оқытудың инновациялық әдістерінің негізінде өзінің мамандығын шығармашылық, инновациялық тұрғыдан түсіне білуге, өз бетімен ойлау қабілетін арттыруға, белгілі бір жағдайға сәйкес дұрыс шешім қабылдай алуға септігін тигізетін белсенді әдістер жатыр. Белсенді оқытудың алуан түрлі әдістерін қолдану - студенттердің оқу-білімге деген қызығушылығын арттыруға, оқу үрдісі ынталандырылған, шығармашылық күйге ендіруге, студенттердің өзіндік қабілеттерінің жоғарылауына әкеле отырып, оқыту-тәрбие беру мәселелерінің үлкен кешенін шешуге септігін тигізе алады.

### Резюме

Внедрение интерактивных методов обучения при освоении фтизиатрии – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов в современной вузе. В основе инновационных методов обучения студентов лежат активные методы, которые помогают формировать творческий, инновационный подход к пониманию профессиональной деятельности, развивать самостоятельность мышления, умение принимать оптимальные в условиях определенной ситуации решения. Использование разнообразных методов и приемов активного обучения пробуждает у студентов интерес к самой учебно-познавательной деятельности, что позволяет создать атмосферу мотивированного, творческого обучения, добиваться высокой степени самостоятельности и одновременно решать целый комплекс учебных и воспитательных задач.

### Summary

Introduction of interactive methods of educating at mastering of phthisiology - one of major directions of perfection of preparation of students in modern institution of higher learning. Innovative methods of educating of students active methods that help to form the creative, innovative going near understanding of professional activity are the basis of, to develop thinking independence, ability to accept optimal in the conditions of certain situation decisions. The use of various methods and receptions of hands on training wakes up for students

## Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы қызметке 90 жыл

**Б. С. Сагимбеков, Ч. Ж. Косыбаева**

*Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қаласы*

Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансер және облыстың барлық фтизиатриялық қызмет саласының мамандары ерекше мақтанышпен 90 жылдық мерей тойын қарсы алуда.

Қазақ халқы революцияға дейінгі кезеңде экономикалық тұрғыдан алғанда ауыр, медициналық көмек қол жетімсіз жағдайда өмір сүрді. Бұл жағдай туберкулез дертінің кеңінен тарауына негіз болды. Туберкулезге қарсы мекемелер жоқтың қасы еді. Алғашқы туберкулезге қарсы іс-шараларды ұйымдастыру дәрігерлердің, маман-фтизиатрлардың жеткіліксіздігінен үлкен қиындықтар туғызған. Алайда денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік маңызды ауруларға Үкімет тарапынан көңіл бөлінуінен алғашқы туберкулезге қарсы мекемелер құрыла бастады.

Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансер 1925 жылдың 1 қарашасында сол кездегі Сырдария губерниясының халқына арналып, 691 571 тұрғыны бар Шымкент қаласында шаңырақ көтерген бұл емдеу орталығы 25 төсек орынға ғана арналған еді. 1925-жылдан 1941 жыл аралығында Прошина В.В., Нечаева О.А., Лазаревич К.А. осы саланың алғашқы ұйымдастырушылары болды. Сол кездері туберкулезден аурушандық көрсеткіштері 100 мың халық санына шаққанда 1000,0 құрады, ал ауруға шалдығу көрсеткіші 3000,0 құраған. Өлім көрсеткішінің жоғарылығы сонша, ол есепке алынбайтын. Бұл туберкулезге қарсы іс-шараларды жүргізудің ең ауыр кезеңдері болды. Туберкулезді ерте анықтау жоспары және анықтау мақсатында рентген бөлмелер болмады. Рентгендік тексеруден өткізу үшін науқастар Ташкент қаласына жолданды. Туберкулезге қарсы іс-шараларды жүйелендіруде және жақсартуда 1932 жылы Қазақ ғылыми зерттеу институтының құрылуы негіз болды. Институт туберкулезге қарсы іс-шараларды басқарушы және мамандар даярлайтын орталыққа айналды.

Облыстық туберкулезге қарсы қызметті Қазақ ССР-нің еңбек сіңірген дәрігері, Республикалық Жоғарғы Советтің депутаты М. А. Кислицина басқарды. Онымен бірге қызметтің әрі қарай өрлеуіне үлкен күш-жігерін жұмсаған дәрігер фтизиатрлар –Виноградова Л.К., Кузнецова Е. П., Гохберг В. П., Колпакчи М.И., Крышень В.В. және т.б. болды. 1952 жылдан 1962 жыл аралығында туберкулезге қарсы төсек орын қоры 5 есе көбейтілді. Алғашында медициналық мекемелер негізінде бірнеше төсек орынға арналған тубкабинеттер ұйымдастырыла бастады. Осы ретте, Ленгір, Кентау қалалары мен Сарыағаш, Алғабас, Ленин аудандарында тубдиспансерлер құрылды. 1955 жылы Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы қызмет 225 төсек орындық диспансерлерден, 15 төсек орындық 6 тубкабинеттен, 200 төсек орындық 2 облыстық санаторийден, 820 орындық Республикалық деңгейдегі («Балықшы», «Ванновка», «Шымған») 3 санаторийді құрады.

Республика бойынша туберкулезге қарсы қызметті қалыптастыруда, туберкулезді анықтау мен емдеудің жаңа тәсілдерін ендіруде Шымкент облысы алдыңғы қатарда болды. 1959 жылдан бастап облыстық туберкулезге қарсы диспансерде туберкулездің созылмалы түрлерін хирургиялық жолмен емдеу қолға алына бастады. Алғаш рет дәрігер хирург В. Малобродский интубациялық наркозды пайдаланып өкпе туберкулезіне ота жасады. 1964 жылы туберкулезді хирургиялық жолмен емдеу, еңбекке қабілеттілігін оңалдыру арқылы емнің тиімділігі 85,5 пайыз жағдайға қол жеткізілді. Осы жылы балалар бөлімшесі ашылды. 1964 жылы туберкулез ошағындағы балалар мен жасөспірімдерді оқшаулау мен химиопрофилактикалық еммен қамту және жыл бойы болатын бала бақшалар мен мектеп интернаттарға орналастыру басталды.

Денсаулық сақтау саласының тәжірибелі ұйымдастырушылары Н. Ф. Маринич, Т.О. Оразалиев туберкулезге қарсы іс шараларды одан ары жандандырды. 1963-1966 жылдары алғаш рет жылжымалы флюороқондырғылардың көмегімен тұрғындарды профилактикалық тексерулер ұйымдастырылды.

Т.О. Оразалиевтың қатысуымен туберкулезге қарсы көмекті интенсификациялау жүргізілді. Интенсификациялаудың мақсаты: 1) жыл сайын тұрғындарды жаппай профилактикалық тексерумен қамту; 2) БЦЖ вакцинасынан кейін тыртық дамымаған балаларға қайталап егу; 3) науқастардың емін орталықтан бақылау; 4) химиопрофилактиканы және амбулаторлық емді тікелей бақылаумен жүргізуді кеңейту; 5) туберкулез ошағындағы жұмыстарды күшейту; Интенсификация нәтижесінде 1966-1975 жылы туберкулезден аурушандық көрсеткіштерін, әсіресе балалар арасында төмендетуге қол жеткізілді. Республикада бірінші рет тікелей бақылаумен амбулаторлық емдеу тәсілі ендірілді. Амбулаторлық химиотерапияны ендіруде Б. А. Скребцов үлкен үлес қосты.

1989-2001 жылдары туберкулезге қарсы қызметті облыстық маслихаттың депутаты, медицина ғылымдарының кандидаты С. Қалдыбайұлы басқарды. Бұл Одақ Үкіметінің тараған, эпидемиологиялық жағдайдың күрделенген, одақтық Республикалармен байланыстың үзілуінен туберкулин, БЦЖ вакцинасы, дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етудің нашарлаған кезеңі болатын.

1998 жылы Қазақстанда жаңа ДОТС бағдарламасы ендірілді. ДОТС бағдарламасымен науқастарды құнарлы тағаммен, дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету қолға алынды. Химиорезистентті туберкулезді диагностикалау жүйелендіріле бастады. Туберкулезге қарсы бірінші қатардағы дәрілерге сезімталдық тестін қою ендіріле бастады. С. Қалдыбайұлы қатысуымен Бәйдібек, Ордабасы аудандарында 1997-2002 жылдары «Шекарасыз дәрігерлер» атты халықаралық ұйым ашылып, қайырымдылық,



және тәжірибелік көмек көрсетті. С. Қалдыбайұлының ісін денсаулық сақтау саласының тәжірибелі ұйымдастырушылары Б. Торғаутов, Д. Төлепбергенов, С. Сақыбаева, Ж. Спанкулов, П. Бердалиевтар жалғастырды.

2011 жылға дейін облыстық туберкулезге қарсы қызмет 1790 төсектік диспансерлерден, 500 төсектік шипажайлардан, 400 төсектік «Қазығұрт» мектеп-интернатынан, 180 төсектік 2 арнайы балабақшадан, 165 төсектік бала бақшадағы сауықтыру топтарынан құралған болатын.

Эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтануына байланысты 2011 жылы облыстық туберкулезге қарсы қызметті қайта оңтайландыру басталды. Материалдық-техникалық базасы нашар, төсек қоры тиімсіз пайдаланылған диспансерлер қысқартылды. Облысымызда туберкулезге қарсы төсек орын қорын тиімді пайдалану мақсатында кезең-кезеңімен өткізілген оңтайландыру нәтижесінде 1790-нан 970-ке дейін қысқартылып, ал санаторлық сауықтыру төсек орындар 500-ден 730- дейін көбейтілді, 8 ауданаралық диспансерлер құрылып, туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтануына байланысты 8 диспансер стационарсыз диспансерлік бөлімшелер болып қалыптастырылды. Науқастар ағымын инфекциялық статусына сәйкес бөлу мақсатында Республика бойынша алғашқылар қатарында тамбур-шлюздер орнатылды. Бүгінгі күні науқастар ағымы бір стационарға бір ғана инфекциялық статуспен жатқызылады.

Туберкулез ошағындағы балаларды сауықтыруға 690 орындық 17 топ ашылды. Республикалық қордан туберкулезге қарсы жаңа диспансерлердің ашылуы (Сайрам, Арыс, Отырар, Бәйдібек аудандары мен Түркістан қаласында) үлкен жетістік болып табылады.

Облыс бойынша туберкулездің жұқпалы түрін анықтау мақсатында қосымша жаңа 6 микроскопиялық зертханалар ашылды. Бүгінгі күні облыс бойынша жалпы туберкулезге қарсы мекемелерде 18 бактериоскопиялық зертхана, жалпы емдеу саласында 26 зертхана қызмет атқарады. Химиялық резистентті туберкулездің бактериологиялық диагностикасы бір жүйеге келтіріліп, жолға қойылды. Жеделдетілген диагностикалаудың екі Бактек аппаратының көмегімен туберкулезге қарсы дәрілерге сезімталдық тестін қою әдісі, рифампицин препаратына сезімталдықты 2 сағатта анықтайтын малекулярлы-генетикалық G-Хрегт экспресс әдісі ендірілді. Туберкулезге қарсы қызметтің рентгенфлюорографиялық қоры күшейтілді. Облыс бойынша 98 көпқызметті стационарлық диагностикалық рентген аппараты, 38 жылжымалы флюорографиялық қондырғылар алынды.

Атқарылған туберкулезге қарсы шаралардың нәтижесінде облыс бойынша туберкулезден эпидемиологиялық жағдай соңғы жылдарда тұрақтанып келеді. Соңғы он жылда туберкулез бойынша аурушаңдық халықтың 100 мың тұрғынына шаққанда 46,5 пайызға: 105,8-ден 56,6-ға дейін, өлім көрсеткіші 3 есе: 11,7-ден 3,8 –ге төмендеді. Үлкен жетістіктердің бірі балалар мен жасөспірімдер арасында аурушаңдық көрсеткіші 5 есе 21,4-тен, 5,5-ке 100 мың халық санына шаққанда, жасөспірімдер арасында 2 есе 100 мың халық саны-

на шаққанда 66,2-ден 35,8-ге дейін төмендеді. Балалар арасында 2014 жылы алғаш рет туберкулезді ерте диагностикалаудың мақсатында 6,5 млн теңгеге 463 флакон Диаскинтест алынып, 4004 балаға жасалды.

Жыл сайын жүргізілетін флюорографиялық тексерулердің нәтижесінде анықталған туберкулездің клиникалық структурасы жақсарды. Соңғы 3 жыл көлемінде туберкулездің асқынған түрлері тіркелген жоқ.

Облыста барлық қалалық, аудандық туберкулезге қарсы қызметтің туберкулезбен ауырғандарды бақылау үшін республикалық компьютерлік бақылау бағдарламасы қосылған. Диспансерлік бақылаудағы тұлғаларға 2009 жылдан «Туберкулез науқасының Ұлттық регистрі» құрылып, компьютерлік база мәліметі бар. Барлық туберкулезге қарсы мекемелердің әдістемелік-ұйымдастыру бөлімдері, бактериологиялық зертханалары, дәріхана қоймалары 100 пайыз интернетпен қамтамасыз етілген.

Амбулаторлық емді науқастардың үзіліссіз қабылдауын бақылау мақсатында бастапқы медициналық санитарлық көмек жүйесінде емді тікелей бақылау кабинеттері ашылды. Науқастарды емдеу тиімділігі 2012 жылмен салыстырғанда 81,7 пайыздан 2013 жылы 88,7 пайызды құрап Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынған стандарты (85%) орындалды.

2015 жылы облыстық туберкулезге қарсы «Балықшы» санаторийінің негізінде туберкулезден кейінгі қалдықты өзгерістері бар және өкпе-бронх ауруларына арналып 30 төсек-орындық оңалдыру бөлімшесі ашылды.

Туберкулезге қарсы шаралардың мониторингін жүргізу үшін облыстық туберкулезге қарсы диспансерде арнайы оқу дайындықтан өткен 6 маманнан тұратын мониторинг және бақылау тобы құрылды. Облыстық туберкулезге қарсы барлық 10 мекемеде ведомстводан тыс күзет пен бейне бақылаумен қамтамасыз етілген. Барлық туберкулезге қарсы мекемелерде «Емделуші мектебі» ұйымдастырылған, арнайы дайындықтан өткен медицина қызметкерлері бекітілген тақырыптарға сабақ өтеді. Облыстық туберкулезге қарсы диспансер негізінде бастапқы медициналық санитарлық көмек жүйесінің, қылмыстық-атқару жүйесінің мамандарына арналған семинар-тренингтер үнемі өткізіледі.

Бүгінгі күні туберкулезге қарсы қызмет саласында 228-дәрігер фтизиатрлар, соның ішінде 72-фтизиопедиатр, 4-фтизиохirurgтар, 4-өкпеден тыс туберкулез мамандары, бактериологтар, рентгенологтар қызмет атқарады. Оның ішінде 2-медицина ғылымының кандидаттары, 22-денсаулық сақтау ісінің үздіктері, 42-жоғары санатты дәрігерлер, 150-бірінші санатты, 36-екінші санатты мамандар.

Бүгінгі таңда облыстық туберкулезге қарсы іс-шараларды үйлестіру міндеті жүктелген облыстық туберкулезге қарсы диспансерді медицина ғылымдарының кандидаты Б. С. Сағимбеков басқарады.

Оңтүстік Қазақстан облысының фтизиатрлары ерекше мақтанышпен 90 жылдық мерей тойын қарсы алуда және 2014 жылдың 31-мамырындағы Қазақстан Үкіметінің туберкулезге қарсы іс шараларды жетілдіру бойынша 2014-2020 жылдарға арналған Кешенді жоспарды іске асыруға атсалысуда.

## К 70-летию АГЗАМОВОЙ Р.А.



Имя Агзамовой Риммы Агзамовны, для которой 2015 год является юбилейным, известно всей лабораторной туберкулезной сети Республики Казахстан, ученым и практикам фтизиатрической службы не только в стране, но и за ее пределами.

Агзамова Римма Агзамовна – доктор медицинских наук, профессор, врач высшей категории - родилась 11 апреля 1945 года в селе Кенкияк Актюбинской области.

Закончила Актюбинский Государственный медицинский институт в 1968 году. После окончания института вся ее творческая жизнь посвящена одной специальности – фтизиатрии. Начала работать в Актюбинском областном противотуберкулезном диспансере участковым фтизиатром, с 1970г. - заведующей диспансерным отделением.

С 1972г. по 1974г. обучалась в целевой аспирантуре на кафедре фтизиатрии в 1-м Ленинградском медицинском институте им. И.П.Павлова, где защитила кандидатскую диссертацию на тему: «О некоторых клинико-иммунологических показателях при гематогенно-диссеминированном туберкулезе и саркоидозе легких».

После окончания аспирантуры с 1974г. работала заведующей бактериологической лабораторией Актюбинского областного противотуберкулезного диспансера, с 1977г. – заместителем главного врача по лечебной работе.

В 1978 году она была приглашена в открытый в городе Кокшетау отдел Казахского научно-исследовательского института туберкулеза по изучению взаимосвязи туберкулеза человека и животных под руководством доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного врача КазССР К.К Курманбаева. В начале научной деятельности работала старшим научным сотрудником, в 1982-1993гг – заведующей клинично-лабораторным отделением, с 1993г. по 1997г. – заведующей отделом.

В течение 15 лет работы в отделе, ежегодно при ее непосредственном участии проводились научно-практические экспедиции в области Северного и Центрального

Казахстана, с целью осуществления комплекса медико-ветеринарных мероприятий по профилактике и раннему выявлению туберкулеза среди населения и сельскохозяйственных животных.

В 1997г. по результатам научных исследований она защитила докторскую диссертацию на тему: «Пути снижения туберкулезной эндемии на эпидемиологически и эпизоотически неблагополучных территориях».

В этом же году была приглашена на работу в г.Алматы руководителем отделения эпидемиологии и микробиологии Национального центра проблем туберкулеза РК. Одновременно исполняла обязанности Национального координатора противотуберкулезной лабораторной службы РК.

Руководимой ею микробиологической лабораторией, после успешного тестирования Супранациональной лабораторией Германии, был придан официальный статус Национальной референс-лаборатории. Под ее руководством была создана противотуберкулезная лабораторная сеть на уровнях ПМСП, районов и областей республики, оснащенные новейшим лабораторным оборудованием, были подготовлены и обучены лабораторные специалисты, внедрены ускоренные методы лабораторной диагностики туберкулеза, налажен контроль качества лабораторных исследований.

С 1998г. по 2007г. Р.А.Агзамова - неизменный участник ежегодных конференций в Голландии, проводимые Всемирной организацией здравоохранения и Европейским союзом по борьбе с туберкулезом, где проводилось обсуждение и утверждение новых перспективных направлений противотуберкулезных программ.

В 2003г. ей было присвоено ученое звание профессора.

Она выступала с докладами на Международных конференциях и конгрессах во Франции, Великобритании, Германии, Польше, Латвии и странах СНГ.

Под ее руководством защищены 4 кандидатских диссертации, ею опубликовано более 200 научных трудов в отечественных и зарубежных изданиях, получено 15 авторских свидетельств на изобретения.

С 2007г. по настоящее время работает профессором на кафедре фтизиатрии АО «Медицинский университет Астана».

Награждена Почетными грамотами Министерства здравоохранения РК, Комитета профсоюза медицинских работников РК, нагрудными знаками «Отличник здравоохранения СССР» МЗСССР и «Денсаулык сактау ісіне қосқан үлесі үшін» Министерства здравоохранения и социального развития РК.

Для НЦПТ МЗ СР РК является честью присоединиться ко всем коллегам, бывшим и нынешним, с поздравлениями и пожеланиями крепкого здоровья, продуктивности в труде и счастливых событий в жизни профессора, прекрасного работника и незаурядной личности Агзамовой Р.А.

## Жизнь, отданная служению профессии

**17 марта 2015 года после продолжительной болезни на 80-ом году жизни скончалась Хажибаева Зейнел Исагуловна, известный специалист в Республике Казахстан в вопросах организации противотуберкулёзной службы в стране.**

Зейнел Исагуловна Хажибаева родилась 24 декабря 1935 года в Павлодарской области Казахской ССР. Когда она заканчивала школу, из Алма-Аты приехала комиссия, состоящая из врачей, и одна из ее членов подарила ей книгу «Повесть о настоящем человеке». Юной выпускнице школы так понравилась эта книга и женщина-врач, подарившая ее, что она твёрдо решила для себя тоже посвятить себя благородному делу - лечить людей. В 1959 году она приехала в Алма-Ату и поступила в Казахский государственный медицинский институт. В 1960 году она закончила педиатрический факультет и была направлена заведующей Аккульской участковой больницы в Павлодарской области. Она принимала роды, лечила взрослых и детей на селе, не зная покоя ни днём, ни ночью. Затем она поехала на курсы повышения квалификации по специальности «Фтизиатрия», где заметили её как чуткого и проницательного врача, и 1962 году пригласили на работу в Казахский НИИ туберкулёза на должность младшего научного сотрудника детского отделения. С этого времени вся её трудовая жизнь связана с НИИ туберкулёза. В 1967 году она перешла в организационно-методический отдел и под руководством профессора Льва Базильевича Шефера начала заниматься научной работой.

В 1971 году Зейнел Исагуловна Хажибаева успешно защитила кандидатскую диссертацию «Эпидемиология и клиника туберкулёза органов дыхания у студентов города Алматы». В 1980 году она была назначена на должность старшего научного сотрудника, по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения», что соответствует званию доцента. С 1973 года она работала старшим научным сотрудником оргметодотдела. В 1979 году Зейнел Исагуловна Хажибаева получила пост заведующего отделом патентования, медицинской информации и санитарного просвещения. На этой должности она проявила себя как талантливый руководитель, сумевший прекрасно наладить эту новую для института работу. На еженедельных конференциях института она выступала с обзорами новейших источников научной литературы, направленных на улучшение помощи больным туберкулезом, интересовывала коллег поступившими в библиотеку новыми монографиями и журналами. Под руководством Зейнел Исагуловны в разделе «Туберкулёз в Казахстане» были созданы предметно-библиографические картотеки, картотеки авторефератов кандидатских и докторских диссертаций, картотека «Труды научных сотрудников Казахского НИИ туберкулеза (ныне НЦПТ МЗ

СР РК)». В те годы из каждого отдела ежегодно поступало от 5 до 10 заявок на изобретения, которые необходимо было должным образом оформить в Казахском Государственном институте научной и технической информации. Сотрудники института за такую работу награждались премиями и значками «Заслуженный изобретатель СССР». В библиотеке института оформлялись тематические выставки и обзоры по актуальным вопросам фтизиатрии.

Во времена всеобщей диспансеризации населения Хажибаева З.И. стала руководителем диспансерного отделения института – это 1985 год. В этот период она руководила экспедициями в отдаленные сельские районы, стала внедрять новый хозяйственный механизм в осуществлении хозрасчетных услуг во фтизиатрии. На заработанные деньги был куплен автобус для института и осуществлялось дополнительное финансирование специалистов, участвующих в экспедициях. В 1995 году Зейнел Исагуловна Хажибаева возглавила организационно-методический отдел Казахского НИИ туберкулеза, где проработала до выхода на пенсию до 1998 года включительно.

Будучи на пенсии, она получила приглашение занять впервые открытую должность заведующего музеем, создателем которого в Национальном центре проблем туберкулеза она и явилась. Свидетель и непосредственный участник развития фтизиатрической службы республики на протяжении 40 лет, много сил и вдохновения она отдала воссозданию истории отечественной фтизиатрической службы: сидела в архивах Республики Казахстан и музея медицины в Алматы и выкопировывала необходимые сведения, собрала галерею из более чем сорока портретов ведущих сотрудников института, внесших большой вклад в дело борьбы с туберкулезом в стране. В 2002 году после 2 лет кропотливой работы при Национальном центре проблем туберкулёза состоялось открытие музея. Под ее руководством были оформлены красочные стенды о работе всех подразделений центра. В музее были собраны архивные материалы, фотографии, публикации, материалы из личных архивов.

З. И. Хажибаева привлекла все областные противотуберкулезные диспансеры, которые оформили и прислали свои стенды, посвященные истории борьбы с туберкулезом в регионах. Не забытыми ею были также кавалер ордена Героя Социалистического труда из Атырауской области (бывшей Гурьевской области) Гелаев М.Г., кавалер орденов Ленина и «Октябрьской революции», главный врач Кокчетавского областного противотуберкулёзного диспансера и заведующий филиалом Казахского НИИ туберкулеза профессор Курманбаев К.К. и кавалер орденов Ленина и «Дружбы народов» Кенесова Ж.М., главный врач Целиноградского областного диспансера. Эти люди были награждены высшими Государственными наградами СССР за большой вклад в деле борьбы с туберкулезом в стране. Тогда в Советском

Союзе в 1963 году вышло Постановление Совет Министра СССР, была развернута широкомасштабная борьба с туберкулезом во всех республиках.

З. И. Хажобаева - соавтор 2-х монографий : «Планирование и анализ противотуберкулезной службы», 1985 год, и «Развитие фтизиатрической службы Казахстана (1932- 2002г.г.)», 2004г.; кроме этого, ею в журнале «Здравоохранение Казахстана» и сборниках научных трудов Национального Центра проблем туберкулеза опубликовано более 40 статей.

Зейнел Исагуловна оставила после себя прекрасное наследие. Ее заслуженно ценили коллеги по

работе и все те, кто с ней сотрудничал в разные этапы ее профессиональной деятельности. У нее прекрасная семья: муж Хажобаев Фатих, заслуженный пенсионер, дочь Гульнара, по стопам матери, выбрала для себя профессию врача, работает в Президентской больнице в Алматы, у нее есть два внука и пока еще одна правнучка.

Память о Хажобаевой З.И. навсегда сохранится в сердцах тех, кто знал ее, ее близких, учился или работал когда-то вместе с ней, как об энергичном, жизнелюбивом и отзывчивом человеке, много сделавшем в своей жизни для людей.

*Профессор Г.Т.Хауадамова,*

*Профессор Т.Ш.Абилдаев*

## **Эхо войны: дневник узника концентрационного лагеря**

*Ракишева А.С., Саятова А.С., Аликеева Г.М., Шахиева А.М.*

*Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д.Асфендиярова*



С годами все дальше уходят в историю трагические события Великой Отечественной войны. В 2015 году на праздновании 70-летием годовщины Великой Победы среди нас осталось так мало ветеранов, но тем ценнее любые подлинные исторические документы, сохранившиеся до нашего времени.

В рукописном отделе Музея КазНМУ бережно хранится тетрадка-дневник нашего соотечественника, алматинца Димурина Михаила Евдокимовича, прошедшего ад концентрационного лагеря Штуттгоф. Это тонкая тетрадка в клетку с пожелтевшими, ломкими листочками, «угасающий» бесценный документ о трагических днях узников лагеря. Димурин выжил, он был освобожден нашей

Армией в 1945 году, вернулся в Алма-Ату, долгие годы работал в НИИ туберкулеза.

Довоенная биография Димурина Михаила Евдокимовича совсем короткая: родился 20 мая 1920 года в г. Алма-Ате в рабочей семье. В 1935 году, после окончания 7 классов, по совету родителей поступил в техникум связи, который окончил в 1939 году. Затем был призван в ряды Красной Армии. Служил в 13-ом артиллерийском полку 6-ой Краснознаменной дивизии 4-ой армии. Был талантливым самодеятельным художником, удивительно тонко чувствовал природу, в свободное время охотно занимался творчеством в армейском клубе.

Утром 22 июня, когда Германия напала на Советский Союз, Михаил Димурин находился в клубе полка в Брестской крепости. Начались бомбовые удары, стена в клубе рухнула, и осколками снаряда его ранило в голову, живот и ногу. В бессознательном состоянии Михаил Димурин попал в плен. В лагерях для военнопленных находился 2,5 года, затем 1,5 года – в лагере смерти – концентрационном лагере Штуттгоф. Узнику Димурину был присвоен регистрационный номер 30094.

Из официальных источников известно, что Штуттгоф (нем. Stutthof) – нацистский концентрационный лагерь, расположенный в 37 километрах от Данцига (сегодняшнего Гданьска), был основан в 1939 году, сразу после нападения нацистской Германией на Польшу в качестве тюрьмы для гражданского населения. Два года спустя, 1 октября 1941 года лагерь получил статус «специального лагеря» и был передан под руководство гестапо Данцига. С 7 января 1942 года и до конца Второй мировой войны он имел статус «концентрационного лагеря первой степени» (нем. Konzentrationslager der Stufe I). За годы войны в

этот лагерь попали около 110 тысяч заключённых, из которых около 65 тысяч погибли. Кроме медицинских экспериментов, лагерь был известен производством мыла из человеческих тел.

На страничках дневника Михаил Димулин описывает будний день, когда совершались казни, и начиналось строительство газовой камеры: «Серый пасмурный день. Это обычные дни в местности, где в сосновом бору, скрытый от взоров всего человечества, расположен лагерь Штуттгоф. Немецкие опричники выбрали это для лагеря. Только они могли подыскать такую дыру, зараженную туберкулезом, флегмоной, дизентерией и тифом. Сколько слез, сколько человеческого горя видят каждый день сосны, окружающие лагерь... Сосны ропщут на природу за тяжести мучительно, за все происходящее. Слишком бесчеловечно, слишком непостижимо было то, что делалось. Этот пасмурный серый день был таким же, как и вчерашний, как предыдущие тысячи дней, только он был страшнее.

Также полз туман между почерневшими от времени бараками, также наполнил он и под колючую проволоку, по которым пропущен электрический ток высокого напряжения, также этот сырой туман пронизывал до костей чуть прикрытые тела заключенных — исхудавших, голодных, потерявших человеческий образ людей. Но все это будни. Для человека, прожившего в концлагере один месяц, это уже не бросается в глаза.

Постоянное напряжение от мысли, что должен быть обед, где ты получишь пол-литра «баланды», т.е. вареной брюквы или свеклы, постоянная настороженность — как бы не получить палкой или чем-нибудь другим, на что были так щедро охраняющие нас, сознание своего бессилия, порою давящего до головокружения — все это заставляло не замечать достопримечательностей природы концентрационного лагеря Штуттгофа.

Сегодня лагерь покрыла черная туча. Она вытеснила из голов тысяч людей все эти заботы и вошла только одним вопросом: «Неужели варвары способны даже на это?».

Разве не довольно им того, что каждый день человеческий мозг должен запечатлеть в себе такие картины, как подвешивание на высоту ничем не повинных людей за руки, скрученные сади.

Разве не довольно им того, что виселица стоит на поверочном плацу, и почти каждый день перед обедом на глазах всего лагеря вешают двух людей, совершенно не виновных, только лишь для того, чтобы лагерь держать в страхе.

Крематорий не успевает сжигать тела умерших. Уже несколько раз эта страшная, призрачная, высокая труба крематория ломалась от перегрева. Ее исправляли снова и снова, последняя стадия пыток человека продолжала работать, распространяя далеко в округности запах горелого мяса и волос.

Никто не хотел верить, когда примерно год назад до этого дня, в проектное бюро лагеря появился проект одного маленького помещения рядом с крематорием, под заголовком «Камера для дегазации белья». Уже тогда некоторые говорили: «В этой камере будут газом убивать людей». Мысль эту отбросили, стараясь и успокоить себя, и не могли представить, чтобы человека можно герметически закупорить в камеру, напустить в эту камеру газ, от которого он постепенно через некоторое время умрет.

Но вот план стал претворяться в жизнь. Быстро растут четыре стены из красного кирпича. Весь лагерь напряженно следит за каждым кирпичом этого загадочного и уже страшного здания. Потом снова слух — «газовая камера».

Вот уже и крышу закончили и двери с крепким запором снаружи. Лагерь замер. Двое суток было такое состояние, чего стоили двое суток несчастным, обреченным, холодным, голодным, потерявшим последние нервы полосатым людям с номерами на ввалившихся сухих грудях, может сказать только испытывавший эти двое суток. На третий день после окончания камеры заложили белье. Проба! Значит, правда для белья, успокоились. Это было 19 июня 1944 года».

Узники надеялись на милость судьбы. Тянулись дни мучительного существования, и никто не знал, что уже через 4 дня все надежды рухнут.

В своем дневнике Михаил Димулин пишет: «...люди мужались. С удивительным упорством каждый цеплялся за жизнь. Ни на одну минуту надежда не покидала нас. Верили, что настанет час, когда варвары — тираны займут наши места. Много погибло людей со словами на устах: «Родина отомстит за нас!». Но 23 июня, в 3-х летнюю годовщину войны Советского Союза варварами-фашистами, на вечерней проверке вызвали семьдесят пять человек заключенных. Еще никто не знал для чего и куда вызвали этих людей, но у каждого из нас мучительно сжималось сердце от какого-то тяжелого предчувствия. Уже и последний из вызываемых узников пробегает через весь лагерь. Несчастный не в силах бежать так, как хочется коменданту лагеря, - его подгоняют плетями и палками лагерные опричники-полицай. Наконец, и этот последний пристраивается к семьдесят четвертому. Из крайнего



барака выводят человека со скованными назад руками. Для него комендант лагеря – садист напыщенным тоном читает приговор: «Евреи подлежат умерщвлению через повешение при присутствии 75 человек заключенных».

По приговору повешение происходило на виселице, которая стояла у крематория. Удивительным нам показалось, что жертва совершенно не волнуется, а иногда даже перекидывается шутками с другими.

Открываются обе половины широких ворот, и усиленный конвой сопровождает всю эту группу. Посты вокруг лагеря также усиленные, что обычно делалось при больших экзекуциях. Каждый заключенный чувствует – здесь какая-то ловушка. Вот уже группа дошла до крематория, остановились у помещения «Камера для дегазации белья». Вешалки и полки из камеры вынесены, дверь распахнута и зияет темным большим пятном на фоне красного кирпича. Конвой утроился. И что же! Несчастных прикладами и штыками загоняют в эту темную, жутко раскрывавшую свою широкую пасть камеру.

Человек со скованными руками стоит в стороне и удовлетворенно ухмыляется. Гад - это один из ставленников СС.

Плотно и поспешно закрывается за последним обреченным дверь. Воровским движением вставляют тираны газовую шашку в специальную трубу. Нельзя описать чувство, которое испытывает каждый из нас. Ведь мы наблюдали все это через окна бараков. И сейчас вот у меня нервно трясется рука, мысли путаются. Что-то тяжелое, неумолимое сковало тогда каждого. Боялись смотреть друг другу в глаза, чтобы не увидеть там в этих глазах самого себя, слова застревали в горле, было трудно дышать.

Мы понимали, что в этой ужасной камере семьдесят пять человек в страшных муках, разрывая на себе одежду, срывая о неумолимые стены ногти, задыхаются в удушливом газе, постепенно теряя сознание. Перестало рокотать море – оно ужаснулось тому, что совершенно на земле. Неужели человек мог сделать то, что он сделал в эту минуту. Нет! Человек не такой. На это не способно даже животное. Когда зверь разрывает свою жертву когтями, его оправдывают законы Природы. Этому же оправдания нет. Не могут существа, проделывающие такие страшные дела, жить. Они должны быть уничтожены».

Восточный фронт надвигался, освободительная Красная Армия входила в оккупированные города. В январе 1945 года, в связи с приближением восточного фронта, нацисты приступили к эвакуации лагеря Штуттгоф.

31 января 1945 года заключенных расставили в колонны. Немцы заявили, что очередным этапом их пути является порт в Пиллау (Балтийске), откуда они доплывут на барже до Гамбурга. Однако планы нацистов были совсем другие. При подходе к пляжу группы узников, по 50 человек в каждой, заставляли бежать на покрытое льдом Балтийское Море. Бегущих заключенных немцы расстреливали из автоматов. Предполагается, что во время массового убийства в тот день погибло около 2000 человек.

9 мая 1945 года на территорию концентрационного лагеря Штуттгоф вошли солдаты 48-й армии 3-го Белорусского фронта.

Узник №30094 Димури́н Михаил Евдокимович остался жив, но здоровье было подорвано, жаловался на кашель и одышку. 18 января 1946 года Димури́н был освидетельствован комиссией при Сталинском районном военном комиссариате г. Алма-Аты, был признан негодным к несению воинской обязанности и снят с воинского учета по группе 1 ст. 21 расписания болезней приказа №336 НКО СССР 1942 г. Свидетельство (бессрочное) об освобождении от воинской обязанности №21898. 18.01. 1946.

После войны нужно было выбирать профессию и он, не раздумывая, решил стать медиком. В 1949 году Михаил поступил на краткосрочные курсы рентгенотехников по эксплуатации при Республиканской рентгеновской станции Минздрава КазССР, получил Свидетельство рентгенотехника по эксплуатации № 113. Но знаний не хватало, и Димури́н М.Е. с отличием окончил Республиканское медицинское училище по специальности медбрата (1953-1955). Он женился, в семье родился сын.

С 1955 года долгие годы работал в туберкулезном диспансере, потом в НИИ туберкулеза рентгенологом, инженером по обслуживанию медицинского оборудования. Он говорил, что еще долгие годы кричал по ночам, когда в снах возвращался к событиям пребывания в концлагере.

Умер Димури́н Михаил Евдокимович в 1966 году, страдал туберкулезом и бронхиальной астмой со времен нахождения в концлагере. Ему было всего 46 лет.

Концлагерь Штуттгоф – это самый старый концлагерь на территории Польши, который действовал дольше всех остальных. В настоящее время лагерь открыт для туристов. Из-за тяжелого психологического характера экспозиции Туристическое агентство *Szczypta Świata* (Щепотка Мира) проводит здесь экскурсии только для лиц старше 13 лет. Продолжительность посещения – 5 часов и включает в себя билет для входа в музей и экскурсию с гидом по территории бывшего Штуттгоф – старые и новые казармы лагеря, дом командующего лагерем, газовые камеры, крематорий и памятник погибшим. Кроме того, есть возможность участия в просмотре фильма, тематически связанного с лагерем. Организаторы обеспечивают перевоз группы из и до Гданьска. Но Димури́н Михаил Евдокимович никогда не возвращался с туристами к этому месту бесчеловечных страданий и гибели тысяч узников концлагеря.

Прошло много лет, как закончилась война, сегодня вся страна празднует 70-летие Великой Победы. Казахстанцы проявили подлинный патриотизм в Великой Отечественной войне, и мы должны помнить подвиги тех людей, благодаря которым мы живем, работаем, радуемся солнцу и каждому новому дню.

#### **Литература**

1. Материалы Музея КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
2. Государственный архив РК

**Резюме**

Статья посвящена 70-летию Победы. В ней рассказано о Димурине Михаиле Евдокимовиче, который пошел на войну 20-летним юношей. В боях за Брестскую крепость попал в плен, прошел концентрационный лагерь Штуттгоф, остался жив, после войны работал в НИИ туберкулеза.

**Тұжырым**

70 жылдық Жеңіс күніне арналған қол жазба 20 жасқа толған жас жігіт Димурин Михаил Евдокимович соғысқа барғаны туралы айтылған. Брестская крепостыке күрес

жүргенде, тұтқынға алынып, Штуттгоф концентрациялық лагерьде тірі қалып, соғыстан кейін туберкулездің ҒЗИ жұмыс жасады.

**Summary**

The article is sanctified to the 70<sup>th</sup> anniversary of Victory. The hero of this article is Dimurin Mikhail Evdokimovich, who went to war being 20-years-old only. In fights for the Brest fortress he was taken as prisoner, survived in the relocation center of Shtuttgof, and, war finished he worked at the Kazakh Institute of Scientific Research of Tuberculosis.

## Қазақстан ССРО еңбек сіңірген дәрігері ССРО Денсаулық сақтау ісінің үздігі РАЙКЕНОВА Рауза Сулейменқызы



Райкенова Рауза Сулейменқызы 1942 жылы 16-шы сәуірде Астрахан облысы, Каспий қаласында, балықшының отбасында дүниеге келген.

Орта мектепті ойдағыдай бітіріп, Семей қаласындағы Мемлекеттік медициналық институттың емдеу факультетіне түсті. Институтты бітірген соң, 1966 жылы Сарқанд ауданына жолдамамен келіп, өзінің еңбек қызметін Сарқанның аудандық туберкулез ауруханасының фтизиатр- дәрігер болып 1966 жылдың шілде айынан бастады. 1968 жылдың тамыз айында Сарқанд ауданының туберкулез ауруханасының бас дәрігері болып тағайындалды.

Осы қызметте 2001 жылдың қыркүйегіне дейін еңбек етті, ал 2001 жылдың қазан айынан қазіргі уақытқа дейін учаскелік фтизиатр- дәрігер болып қызмет етті. Қазақстанның фтизиатрлар съезіне 6 рет қатысты. Фтизиатрлардың бірінші съезінде «ССРО денсаулық сақтау ісінің үздігі» деген белгімен марапатталды. «Қазақ ССР-ның еңбек сіңірген дәрігері» деген атақ 1984 жылы берілді, «Құрмет» орденімен 2010 жылы марапатталды.

Біз марқұмның жаны жәннатта, тәні рахатта болсын деп, отбасының қайғысын бөлісіп, білікті дәрігердің жарқын бейнесін сағына еске аламыз.

**Еске алушылар:** Сарқанд туберкулез ауруханасының ұжымы.

