

Национальный центр проблем туберкулеза
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

Основан в 2002 году, выходит 2 раза в год

№ 2 (23) 2013

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., Баймуханова К.Х. Анализ текущей ситуации по туберкулезу в Казахстане | 4 |
| Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х. Межведомственная и межсекторальная интеграция в реализации противотуберкулезных мероприятий | 9 |
| Белова Е.С., Копбосынова Д.Д., Смаилова А.М., Жумабаева Ш.К., Бегметова Д., Исакова Н., Раимбекова А. Информированность населения о туберкулезе, частота выявления запущенных форм и использование принудительного лечения в Алматинской области в 2012г. | 13 |
| Ережепов М.Ш. Туберкулез құртын жұқтырған жеткіншектерге санаторий жағдайында емдеу-профилактикалық шараларын ұйымдастырудың алғы шарттары. | 16 |
| Такенов А.А., Филиповская Т.Н., Омелаенко Л.Н., Касенова Л.Ш., Исаева А.Г., Макулбаева У.Т. Туберкулезге қарсы жапондық БЦЖ експісінің салыстырмалы тиімділігі | 18 |
| Крышкина Т.В. Инфицированность детей туберкулезом из очагов контакта, роль профилактики в условиях санатория. | 21 |
| Маймаков Т.А., Садыкова Л.А. Некоторые экономические аспекты лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Южно-Казахстанской области. | 23 |
| Ракишева А.С., Измайлова С.Х., Дуйсебаева Г.А., Репина Ю.В., Бижигитова Б.Б., Трубачев В., Хайитова М. Проблемы туберкулеза среди студентов. | 26 |
| Скребцов Б.А., Култасова С.С., Ержанов О.Ш., Ахмедов В.У. О некоторых вопросах изучения частоты рецидивов туберкулеза легких и путей их предупреждения | 27 |

Клиника и диагностика

| | |
|---|----|
| Маймаков Т.А., Садыкова Л.А. Клиническая характеристика больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в Южно-Казахстанской области. | 30 |
| Пак А.В. Патоморфологическая ретроспектива бронхобиоптатов при эндоскопии у больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью при ускоренной проводке по спиртам. | 33 |

Лечение

| | |
|---|----|
| Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В., Аленова А.Х. Лечебное питание козьим молоком в клинике детско-подросткового туберкулеза | 36 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Баймуханова З.Х., Крышкина Т. В., Сахипкереев К.К. Побочные явления противотуберкулезной терапии у подростков на санаторном этапе лечения | 41 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Смаилова Г.А., Абилдаев Т.Ш., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш., Истелюева М.Б. Опыт применения диспергированных таблеток пиразинамида в стандартных режимах химиотерапии впервые выявленного туберкулеза легких | 43 |
|--|----|

Случаи из практики

| | |
|---|----|
| Хауадамова Г.Т., Арбузова Е.В., Уразакова Д.И., Сарбасова М.К. Лекарственная болезнь у больных туберкулезом при лечении препаратами второго ряда | 45 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Жұмаш Т.А., Тұтқышбаев С.О., Аманжолова Л.К., Жұмаш М.Т. Несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің басқа ағзалар туберкулезімен қосрланып кездесу жағдайы | 47 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| Крышкина Т.В., Сахипкереев К.К. Эффективность лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса и болезни Келер—II у детей в условиях санатория «Чайка» Актюбинской области (случай из практики) | 50 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Садыкова Г.М. Туберкулез периферических лимфоузлов у подростка (случай из практики) | 52 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Тусупбекова К.Т., Сулейменова Ш.Б., Табриз Н.С., Турханова Ж.Ж. Практические аспекты диагностики туберкулеза легких при ВИЧ | 54 |
|---|----|

Разное

| | |
|---|----|
| Ракишева А.С., Аликеева Г.М., Шахиева А.М., Саятова А.С., Балгазин Б.Н. Страницы истории борьбы с туберкулезом в Казахстане: 1918-1940 годы | 56 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Тусупбекова К. Т., Койгельдинова Ш.С., Беков Е.К., Егорова В.П. Бронхоэктатическая болезнь: современный взгляд на старую проблему | 61 |
|---|----|

Поздравление юбилярам

| | |
|--|----|
| Дюсенбекова Бакиза Сапаровна (к 75-летию со дня рождения) | 63 |
| Муминов Талгат Аширович (к 60-летию со дня рождения) | 64 |
| Узбекова Асия Ахметжановна (к 75-летию со дня рождения) | 66 |

Анализ текущей ситуации по туберкулезу в Казахстане

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

Ключевые слова: туберкулез, эпидемиологические показатели, комплексный план противотуберкулезных мероприятий, межведомственная и межсекторальная интеграция

Контроль над туберкулезом в Казахстане является одним из приоритетных направлений в деятельности Министерства здравоохранения РК и осуществляется согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015гг.

Одними из индикаторов Глобального индекса конкурентоспособности являются среднесрочное воздействие на бизнес и распространенность туберкулеза (ТБ), в рейтинге которых Казахстан занимает в 2012г. соответственно 121 и 107 место.

Благодаря выполнению комплекса противотуберкулезных мероприятий, удалось достигнуть основных индикаторов оценки эффективности противотуберкулезной Программы в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (к 2015 году: заболеваемость - 94,7, смертность - 11,7 на 100 тыс.).

Улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ в стране способствуют принимаемые системные меры на уровне Правительства РК, Министерства здравоохранения РК и местных исполнительных органов.

Для решения проблем ТБ, туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (далее МЛУ/ШЛУ ТБ) в стране выполняются мероприятия эпидемиологического мониторинга, основанные на принципах стратегии Stop-TB.

Разработаны и внедрены на основе рекомендации ВОЗ и принципов доказательной медицины стандарты выявления, диагностики, лечения и системы мониторинга.

С целью своевременного выявления лекарственно-устойчивых форм ТБ, во всех регионах внедрены быстрые и ускоренные методы диагностики ТБ и МЛУ ТБ - ВАСТЕС MGIT-960, Hain-test и G-Xpert (последний внедряется в 13 пилотных регионах), что позволило поставить тест на лекарственную чувствительность (далее ТЛЧ) в 98,0% случаях ТБ при стандарте ВОЗ – 90%.

Во всех областных, городских и региональных бактериологических лабораториях и Национальной референс-лаборатории при НЦПТ РК внедрена методика ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда с осуществлением системы внешнего и внутреннего контроля качества. Постановка ТЛЧ к ПВР способствует улучшению диагностики ШЛУ ТБ.

Правительством РК, Министерством здравоохранения из республиканского бюджета выделяется достаточно средств на обеспечение больных ТБ противотуберкулезными препаратами первого и второго ряда. Для лечения больных МЛУ ТБ препараты второго ряда также закупаются по линии Комитета Зеленого Света на средства Глобального Фонда.

В результате этого, из года в год увеличивается охват больных МЛУ ТБ лечением противотуберкулезными препаратами второго ряда, данный показатель по итогам 2012г. составил 86,9% (стандарт ВОЗ -85%).

Внедряется лечение больных с широкой лекарственной устойчивостью. Так, на базе НЦПТ МЗ РК внедрена новая технология хирургического лечения больных МЛУ и ШЛУ ТБ с помощью бронхоблокации и селективного коллапса легкого силиконовым имплантатом.

В НЦПТ проведен капитальный ремонт с установкой приточно-вытяжной вентиляционной системы в соответствии с требованием инфекционного контроля.

В стране функционируют 98 противотуберкулезных организаций на 12063 больничных коек. Общее количество санаторных коек 3655. На сегодня в большинстве противотуберкулезных стационаров республики созданы условия для разделения больных по бактериологическому статусу. Приоритетом для лечения в условиях высокоспециализированных областных, городских и региональных противотуберкулезных диспансеров определены больные МЛУ ТБ.

В каждой области организованы специализированные отделения для указанных больных. На сегодняшний день в республике действует 53 отделения на 3147 коек для адекватного лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

В 2012г. в соответствии с рекомендациями миссии ВОЗ и НЦПТ МЗ РК, при поддержке проекта USAID TB CARE I по расширению амбулаторного лечения и системы психосоциальной поддержки больных ТБ и МЛУ ТБ, в Акмолинской области внедряется пилотный проект стационаро-замещающей технологии: организация дневного стационара и стационара на дому.

Реализуется утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы», которая предусматривает усиление интеграции противотуберкулезной службы с сетью ПМСП.

Сеть ПМСП играет важную роль в диагностике и контроле лечения больных ТБ. Микроскопия мазков мокроты по стране осуществляется в 315 лабораториях ПМСП гражданского сектора и 41 лаборатории пенитенциарной системы.

Усилены мероприятия на уровне сети ПМСП по раннему выявлению и диагностике туберкулеза. Экспертами миссии ВОЗ также отмечена высокая эффективность обследования населения методом рентгенографии на туберкулез.

Созданы группы мониторинга и оценки на национальном и областном уровнях, с внедрением системы мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий на индикаторной основе. Ежегодно согласно приказа МЗ РК в стране осуществляется мониторинг и оценка проводимых мероприятий в регионах на индикаторной основе с участием специалистов МЗ, внутренних дел и республиканских подведомственных структур.

Практика оказания социальной помощи и выплаты поощрительного вознаграждения больным осуществляется во всех регионах. Акиматами областей ежегодно положительно решается вопрос оказания социальной поддержки больным ТБ на амбулаторном этапе лечения. Сумма, выделенная на эти цели, в 2012г. составила \$ 2224,0 тыс., против суммы \$ 1707,5 тыс., выделенной в 2011г.

Таким образом, 60% больных из 25739, нуждающихся в средствах по республике, оказана социальная помощь в 2012г.

Созданы и работают «Школы пациента» в Алматинской, Южно-Казахстанской, Костанайской и Карагандинской областях и в г. Алматы.

Эффективность мероприятий по выявлению и непосредственному контролю за лечением больных ТБ медицинскими работниками на поддерживающей фазе напрямую зависит от обучения медицинских работников сети ПМСП, ДГСЭН, ведомственных организаций принципам стратегии DOTS и DOTS-Plus, инфекционного контроля. С этой целью только в 2012г. охвачено обучением более 15 тыс. специалистов сети ПМСП, ДГСЭН, КУИС МВД РК и ПТО по вопросу выявления, диагностики и лечения, менеджмента МЛУ ТБ, ТБ/ВИЧ, инфекционного контроля при финансовой поддержке ГФСТМ 6 и 8 Раундов.

Создан Центр интегрированного обучения, проводятся циклы усовершенствования по фтизиатрии, а также внедрено обучение каскадным методом специалистов сети ПМСП, ПТО, ДГСЭН, КУИС МВД РК

Для координации действий различных структур НЦПТ разработаны и утверждены:

1. Руководство по контролю за ТБ в Республике Казахстан.
2. Руководство по менеджменту случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.
3. Методические рекомендации «Роль сети ПМСП в контроле над ТБ».
4. Методические рекомендации по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Республике Казахстан.
5. Инструкция по расчету потребности в противотуберкулезных препаратах (прогнозирование числа боль-

ных, расчет потребности в ПТП и составление окончательной заявки на закуп ПТП для лечения больных МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ.

В рамках миссии ВОЗ в период с 10 по 18 мая 2012г. была проведена внешняя оценка реализации противотуберкулезных мероприятий в Казахстане.

В целом, качество реализуемой Национальной противотуберкулезной Программы в Казахстане оценено положительно. Заметный прогресс отмечен во всех аспектах профилактики, контроля за лечением туберкулеза.

Несмотря на достигнутые положительные результаты борьбы с туберкулезом, эпидемиологическая ситуация по данному заболеванию в стране остается напряженной, в первую очередь, за счет высокого уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и рецидивов среди зарегистрированных случаев.

Так, по итогам 2012г. уровень первичной множественной лекарственной устойчивости по республике составляет 20,8%, вторичной - 53,6%. В стране на диспансерном учете состояло 10575 больных МЛУ ТБ.

Существуют проблемы, связанные со своевременным выявлением и диагностикой ТБ и МЛУ ТБ ввиду ограниченности доступа лиц с подозрением на туберкулез к экспресс-методам диагностики (G-Xpert), особенно на уровне районов и ПМСП. Туберкулез преимущественно выявляется рентгенологическим методом, что, свою очередь, не исключает ошибок в постановке диагноза и гипердиагностику. Из года в год остаются низкими результаты бактериологического подтверждения туберкулеза. Так, по итогам 2012 года только 42,7% новых случаев и 67,3% повторных случаев имеют бактериологическое подтверждение диагноза любым методом. Из 11874 новых случаев, зарегистрированных в 2012 году, у 7825 не было бактериологического подтверждения туберкулеза. При этом у 8,1% новых случаев был установлен очаговый туберкулез. Особенно высок был удельный вес очагового туберкулеза в нозологической структуре по г. Астана - 19,4%, в Северо-Казахстанской – 17,3% и Костанайской – 17,2% областях.

Из года в год высоким остается уровень рецидивов в структуре зарегистрированных случаев, удельный вес которого составил по республике в 2012 году 31,4%. Уровни рецидивов традиционно высокими остаются в Северо-Казахстанской (43%), Атырауской (43,3%), Актобинской (42,6%) и Павлодарской (42,1%) областях.

Удивительным фактом является то, что в 12,5% случаев, зарегистрированных как рецидивы по стране, также не было бактериологического подтверждения обострения специфического процесса любым методом. При этом в ряде областей данный показатель выходит за пределы разумного объяснения. Так, в Мангистауской области удельный вес рецидивов без бактериовыделения по итогам 2012 года составил 22,8%, в Павлодарской – 19,9% и Западно-Казахстанской областей - 18,8%.

Несмотря на небольшое число больных ТБ с бактериовыделением среди зарегистрированных случаев (все-

го 11203 новых и повторных случаев в 2012 году) в стране число стационарных коек достаточно высокое – 12063. Т.е. на каждого больного с исходным бактериовыделением имеется 1 койка. В связи с наличием большого числа функционирующих противотуберкулезных коек, больные, независимо от бактериовыделения, длительно получают лечение в стационарных условиях. Все же за последние 3 года противотуберкулезная коечная мощность страны сокращена на 2591 койку. При этом финансовые средства, сэкономленные от закрытия коек, сокращены также автоматически. Длительное нахождение больных в стационарах связано с недостаточным качеством амбулаторного этапа лечения, где не предусмотрено бесплатное обеспечение методами диагностики побочных реакций на противотуберкулезные препараты (далее ПТП) и их купирование, а также психосоциальная поддержка для повышения приверженности больных к НКЛ. А также врачи ПМСП ввиду своей загруженности недостаточно уделяют внимание больным ТБ, получающим лечение в амбулаторных условиях. Их лечением в сети ПМСП практически занят только средний медицинский персонал, ответственный за непосредственно контролируемое лечение (далее НКЛ). Дети - учащиеся, больные ТБ, также длительно находятся в стационарах, что, в первую очередь, связано с отсутствием механизма их обучения в период лечения вне стационара.

Проблемы амбулаторного этапа лечения связаны с недостаточностью финансирования. Существующая система финансирования противотуберкулезной помощи в стране основана на выполнении стационарного койко-дня, а не на весь курс лечения больного ТБ. Так, 50,4% финансовых средств (в Мангистауской области до 66,9% и в Карагандинской области – до 59,3%), выделенных в стране на лечение 1 больного МЛУ ТБ, расходуются на стационарный этап лечения. На 24,2% закупаются ПТП и только 23% приходятся на амбулаторный этап. При этом финансовые средства на амбулаторном этапе предусматривают только расходы на коммунальные услуги кабинетов НКЛ и заработную плату медперсонала.

Одной из основных причин распространенности МЛУ ТБ в стране является недостаточное соблюдение мер инфекционного контроля в противотуберкулезных стационарах регионального и районного уровней, где больные с впервые выявленным ТБ и рецидивами заболевания с сохраненной чувствительностью и потенциальные МЛУ ТБ до получения результатов ТЛЧ находятся вместе. На определение спектра лекарственной чувствительности у каждого больного, получающего лечение в районных и межрайонных противотуберкулезных стационарах, в среднем уходит 2-3 месяца. Только после лабораторного подтверждения МЛУ ТБ больной переводится по решению ЦВКК-МЛУ ТБ в специализированный стационар. За этот период больной МЛУ ТБ успевает перезаражать соседей по стационару, тем более по палате, устойчивыми штаммами МБТ. Длительность постановки диагноза

МЛУ ТБ на районном и межрайонном уровнях связана с рядом факторов, а именно: отсутствие быстрых методов диагностики на данном уровне, проблемы, связанные с транспортировкой мокроты в бактериологическую лабораторию ОПТД (недостаточность транспортных средств, длительность расстояния, условия хранения и транспортировки материала), своевременность получения результатов исследования. Также отмечаются перебои в обеспечении реактивами и расходными материалами на ВАСТЕС-MGIT-960 и HAIN-test.

Напряженность эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране также поддерживается за счет наличия «резервуара» больных, страдающих хронической формой заболевания с постоянным бактериовыделением, доля которых от контингента, состоящих на диспансерном учете, составляет 3,3% по стране.

На сегодня на диспансерном учете по I «Г» состоят 563 больных с хроническим туберкулезом, не подлежащих специфическому лечению. Еще 598 больных имеют лабораторно подтвержденный ШЛУ ТБ. Если учесть, что эффективность лечения ШЛУ ТБ в стране не превышает 50%, то в будущем и эти больные становятся хроническим резервуаром панустойчивых штаммов в стране.

В результате репрофилирования противотуберкулезных коек в стране открыты 20 отделений, в основном межрайонного статуса на 690 коек для изоляции и симптоматического лечения больных из I «Г» ДУ. Но данные стационары открыты по «остаточному принципу» и не соответствуют никаким требованиям инфекционного контроля.

В связи с неудовлетворительными условиями содержания в данных стационарах больные, подлежащие паллиативной помощи, категорически отказываются от госпитализации до развития у них тяжелых осложнений и свободно гуляют в обществе, продолжая распространять устойчивые штаммы МБТ. Даже при возникновении осложнений основного заболевания больные госпитализируются на короткий срок для купирования симптомов осложнения, затем снова убегают. Нет нормативно-правовых актов по их изоляции и механизма удержания в специализированных стационарах.

Медицинский персонал не обучен оказанию паллиативной помощи данной категории больных. В стране не разработаны учебные материалы, руководства по паллиативной помощи больным ТБ и, соответственно, нет обучающих курсов по данному разделу. Персонал в данных стационарах недостаточно защищен от заражения и не получает надбавок к заработной плате с учетом высокого риска их заражения устойчивыми штаммами МБТ и повышенной психо-эмоциональной нагрузки.

Наряду с увеличением охвата больных МЛУ ТБ лечением ПТП второго ряда возникают проблемы, связанные с их приверженностью к НКЛ. В стране на сегодня отсутствуют единые программы социального мотивирования на регулярной основе больных ТБ и медицинских ра-

ботников к проведению лечения в амбулаторных условиях. Сегодня оказываемая в стране больным социальная помощь носит преимущественно разовый характер, ее кратность и объем по разным областям широко варьирует (в Алматинская область и в г.Астана – еженедельно, Костанайская и Павлодарская областях и г. Алматы – ежемесячно, в Акмолинской, Актюбинской, Западно-Казахстанской, Карагандинской и Северо-Казахстанской областях – ежеквартально; а Жамбылской и Южно-Казахстанской областях – 1 раз в год). При этом объемы выделенных денежных средств на социальную помощь больным ТБ в разных областях очень разнятся. Если в 2012 году в г. Астане на социальные нужды больных ТБ выделено более 59 млн. тенге, то в Атырауской и Кызылординской областях из местного бюджета на оказание помощи больным ТБ не выделено ничего. Не разработан единый механизм оказания социальной помощи больным туберкулезом: кому, когда, как и за что.

Следует отметить, что ПВР, закупаемые из республиканского бюджета, не входят в преквалифицированный список ВОЗ. Арсенал ПТП в стране также нуждается в расширении новыми эффективными препаратами. Отмечаются и другие проблемы лекарственного менеджмента в виде не выполнения положений Постановления Правительства РК от 5 декабря 2011 года №1460 «Об утверждении Правил отнесения лекарственных средств к рецептурному или безрецептурному отпуску» и наличия широкого доступа к ПТП в аптечной сети и безрецептурного отпуска антибактериальных средств. Нет нормативных документов, регламентирующих передачу и перераспределение ПТП между различными ведомствами и регионами. Отсутствуют освобожденные лекарственные координаторы во всех регионах и специалисты по вводу данных в аптечный компонент Национального регистра базы ТБ. На районном уровне аптечных складов ПТО доступ к интернету ограничен.

Распространение инфекционных заболеваний в системе исправительных учреждений представляет серьёзную угрозу как для тех, кто находится в местах лишения свободы, так и для общества в целом. К проблемам в пенитенциарной системе относятся: недостаточность внедрения мер инфекционного контроля в учреждениях, осуществляющих лечение больных туберкулезом, и полное его отсутствие при этапировании на следственные мероприятия и в места отбывания наказания и лечения. Учреждения для содержания и лечения больных ТБ в пенитенциарной системе нуждаются в реконструкциях с учетом современных мер инфекционного контроля. В связи с отсутствием специализированных стационаров или боксов больные с хроническими формами ТБ, снятые с лечения с исходом «неудача лечения», содержатся в противотуберкулезных колониях для содержания и лечения больных туберкулезом вместе с другими больными.

Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая

важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения «Целей тысячелетия в области развития здравоохранения».

Несмотря на наличие плановых мероприятий по мониторингу и оценке в стране, нет утвержденных групп по МиО на национальном и областном уровнях. Существующих ресурсов организационно-методических отделов ПТО катастрофически не хватает для проведения эпидемиологического надзора и статистического анализа качества оказания противотуберкулезной помощи. Все мероприятия по МиО в стране на сегодняшний день преимущественно финансируются за счет ГФ.

В связи с внедрением ускоренных инновационных методов диагностики ТБ и М/ШЛУ ТБ, существующие штаты баклабораторий также нуждаются в пересмотре в сторону увеличения.

В стране в реализации противотуберкулезных мероприятий недостаточно используется потенциал НПО.

На эпидемиологическую ситуацию по ТБ также негативно влияют миграционные процессы в стране, а также постоянное увеличение количества лиц из групп высокого риска, к которым относятся больные с ТБ/ВИЧ, ПИН, страдающие алкоголизмом, внутренние и внешние мигранты, заключенные и освободившиеся из мест лишения свободы.

Доступ внешних мигрантов к качественной противотуберкулезной помощи ограничен. Для внутренних мигрантов в случае отсутствия у них определенного жилья и документов, удостоверяющих личность, оказываются препятствия со стороны медицинских организации по своевременной регистрации и назначении эффективного лечения. Больным ТБ из групп высокого риска (ТБ/ВИЧ, алкоголики, наркоманы, малообеспеченные, лица БОМЖ, заключенные и лица, освободившиеся из мест заключения) также недостаточно оказывается психосоциальная поддержка.

Несмотря на высокий охват тестированием на ВИЧ больных ТБ, отмечаются проблемы, связанные с выявлением ТБ у ЛЖВ. На уровне ПМСП и СПИД-центров недостаточно выполняются принципы интенсивного выявления ТБ. Также низкими остаются показатели охвата ЛЖВ профилактикой изониазидом и больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ антиретровирусной терапией. При этом профилактика изониазидом и лечение АРВТ проводятся неконтролируемо. В связи с отсутствием учебных курсов для врачей ПТО, ПМСП и СПИД-центров по ведению и лечению ко-инфекцией ТБ/ВИЧ, в стране нет подготовленных специалистов, знающих обе патологии одинаково.

Для скоординированных действий по улучшению ситуации по ТБ различных структур в стране намечены следующие **пути решения**:

1. Совершенствование нормативно-правовых актов для первичной медицинской помощи и противотуберкулезной службы РК в связи с пересмотром существующей модели предоставления услуг для ТБ больных;

2. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана с расширением амбулаторного лечения больных ТБ и МЛУ/ШЛУ ТБ: внедрение стационаро-замещающих технологий и методов мотивации пациентов и персонала;
3. Рационализация стационаров, включая пенитенциарную систему: сокращение малоэффективных мало-мощных и укрепление крупных, эффективных, много-профильных стационаров для лечения М/ШЛУ ТБ, паллиативного лечения, реабилитационных центров;
4. Расширение амбулаторного этапа лечения путем обучения врачей ПМСП по лечению и ведению больных ТБ, проведения мониторинга качества амбулаторного лечения со стороны кураторов ПТО, введения дифференцированной оплаты медицинским работникам ПМСП с учетом объема и качества выполненных работ, включения ограниченного списка лекарственных средств по профилактике и купированию побочного действия ПТП в Приказ МЗ РК от 4 ноября 2011 года №786 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами» и разработки совместно с Министерством образования и науки механизма обучения детей, больных туберкулезом, на период их лечения и оказания психосоциальной помощи больным туберкулезом на всех этапах лечения;
5. Расширение доступа к G-Xpert лиц с подозрением на туберкулез и МЛУ ТБ, включая пенитенциарную систему и мигрантов. Обеспечение своевременной диагностики МЛУ ТБ посредством G-Xpert районных и межрайонных противотуберкулезных диспансеров для лечения новых и повторных случаев с бактериовыделением.
6. Бесперебойное обеспечение реактивами и расходными материалами на все методы бактериологической и молекулярно-генетической диагностики ТБ и М/ШЛУ ТБ за счет местного бюджета, включая потребности пенитенциарной системы;
7. Внедрение индивидуальных режимов лечения больных с устойчивыми формами туберкулеза с включением в схему лечения новых препаратов в пилотных проектах;
8. Совместно с Министерством труда и социальной защиты населения разработать и утвердить критерии и механизм оказания социальной помощи больным туберкулезом;
9. Усиление лекарственного менеджмента путем внесения изменений и дополнений в существующие НПА, разработки Руководства по лекарственному обеспечению больных туберкулезом, усиления государственного мониторинга и контроля за отпуском (продажами) ПТП и других антибактериальных препаратов через розничную аптечную сеть, введения дифференцированной оплаты медицинским работникам ПТО, ответственных за лекарственный менеджмент, с учетом фактической нагрузки и объема выполненных работ, обеспечения безлимитного доступа к Интернету на всех аптечных складах ПТО;
10. Разработка Положений о стационарах паллиативной помощи и Клинического руководства по оказанию паллиативной помощи. Подготовка медицинского персонала, работающего в стационарах паллиативной помощи;
11. Обучение координаторов МИО, врачей-инфекционистов Центров СПИД, врачей-наркологов, специалистов ПМСП по ведению и лечению пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ. Разработка методических рекомендаций по ведению пациентов с двойной инфекцией: ТБ/ВИЧ, МЛУ/ШЛУ ТБ/ВИЧ;
12. Внесение дополнения в приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - об освобожденных группах МиО, штатных единиц, ответственных за ведение НРБТ на национальном, областном и районном уровне, ответственных за лекарственный менеджмент, расширения штатного расписания бактериологической службы и пересмотр штатного расписания отделений для лечения М/ШЛУ ТБ и паллиативной помощи;
13. Расширение прав и возможностей НПО и их привлечение по вопросам повышения приверженности больных к НКЛ, оказания противотуберкулезной помощи мигрантам, обеспечения психосоциальной помощи группам высокого риска.

Тұжырым

Мақалада Қазақстандағы туберкулездің ағымдық жағдайының нәтижелері ұсынылған, барлық қызығушы құрылымдардың (ТҚҰ, БМСК желісі, ІІМ, СЭБ, ЖИТС-орталықтары, ҰТБ) бірлесе отырып атқарған туберкулезге қарсы кешенді шараларының нәтижесінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауының «Саламатты Қазақстан» атты 2011-2015 жылдарға арналған (2015 жылға: шалдығу – 94,4, қайтыс болу – 11,7 100 мың тұрғынға алғанда) мемлекеттік бағдарламасының шеңберінде туберкулезге қарсы Бағдарламаның тиімділігін бағалаудың негізгі индикаторларына қол жетімді болғаны баяндалады. Туберкулез жағдайын жақсартуға бағытталған әр түрлі құрылымдардың бірлескен әрекетінің нәтижесінде еліміздегі туберкулез жағдайының шешілу жолдары келтірілген.

Резюме

В статье приводятся результаты анализа текущей ситуации по туберкулезу в Казахстане, из которых следует, что благодаря совместным усилиям всех заин-

терисованных структур (ПТО, сети ПМСП, МВД, СЭН, СПИД-центров, НПО) по выполнению комплекса противотуберкулезных мероприятий, удалось достигнуть основных индикаторов оценки эффективности противотуберкулезной Программы в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (к 2015 году: заболеваемость - 94,7, смертность - 11,7 на 100 тыс.). И для совместных действий по улучшению ситуации по ТБ различных структур в стране намечены пути решения.

Summary

There are given the results of analysis of the situation on TB in Kazakhstan in this paper. They indicate that, through collaboration of all interested structures (TB settings, PCH network, MIA, SES, AIDS Centers, NGO) to implement the comprehensive anti-TB activities, main indicators of TB Programme effectiveness evaluation were obtained in the frames of the State Programme of Health Development Salamatty Kazhakstan for 2011-2015 (TB incidence should be 9.7 while TB mortality 11.7 per 100. 000 by 2015). To respond on this challenge ways were determined to conduct jointly the activities for improvement of the situation on TB in the country.

УДК: 616-002.5--084

Межведомственная и межсекторальная интеграция в реализации противотуберкулезных мероприятий

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

Ключевые слова: туберкулез, противотуберкулезные мероприятия, межведомственная и межсекторальная интеграция, эпидемиологические показатели

На основании Указа Президента Республики Казахстан (РК) от 18 мая 1998г. №3956 «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан», стратегия по рекомендации ВОЗ внедрена в Казахстане в 1999 году.

По данным статистического обзора по туберкулезу (ТБ) в РК, в 2012 году зарегистрировано 13719 новых случаев туберкулеза, из них 11863 – туберкулез легких. Удельный вес больных с бактериовыделением среди больных с туберкулезом органов дыхания в 2012 г. составил 32,9%, при том, что стандартный показатель по стране должен быть на уровне 50%-60%. Доля впервые выявленных больных туберкулезом за последние 10 лет снизилась в стране на 42% [1].

Показатель заболеваемости населения туберкулезом в период с 2003 по 2012 годы снизился на 49,1% со

160,4 до 81,7, а показатель смертности х на 67,0% с 22,4 до 7,4 на 100тыс. населения.

Общая эпидемиологическая ситуация по туберкулезу представлена на диаграмме основными эпидемиологическими показателями – заболеваемостью и смертностью (Рис1).

В целом, отмечаются положительные сдвиги в динамике основных эпидемиологических показателей.

Напряженность эпидемиологической ситуации в РК поддерживается наличием «резервуара» хронических больных, «ядром» бактериовыделителей, социально - уязвимыми группами населения, подверженными риску инфицирования и заболевания, сложной обстановкой по ТБ в пенитенциарной системе, внутренними и внешними миграционными процессами, наличием беженцев и нелегальных мигрантов, ежегодно въезжающих из соседних стран, учет которых представляет определенные трудности. Сложность ситуации заключается и в трудности наблюдения за маргинальным населением. Таким образом, все перечисленные представляют группу «риска» по ТБ

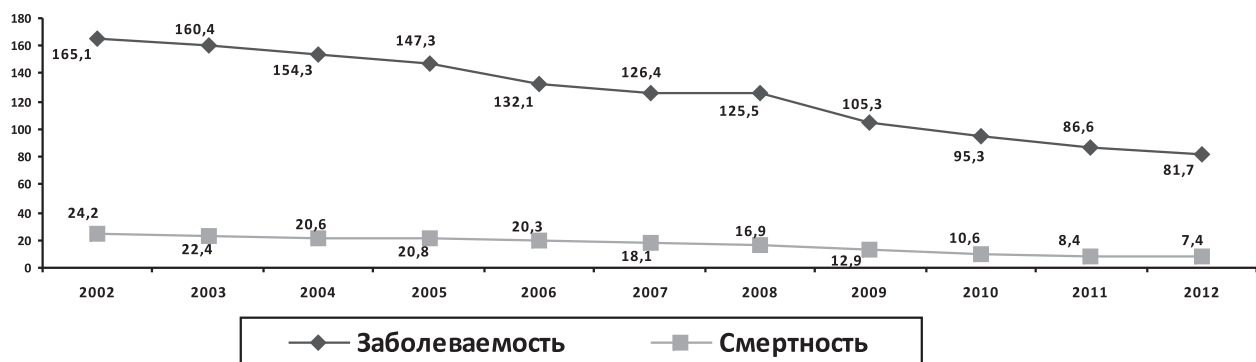


Рис. 1 - Динамика основных эпидемиологических показателей в РК

и являются источником распространения туберкулезной инфекции в обществе [2].

Ситуация в стране продолжает оставаться напряженной ввиду высокого уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Показатели распространенности МЛУ ТБ в республике остаются весьма тревожными.

Взаимодействие противотуберкулезной службы с сетью ПМСП

В 2005г. Всемирная Ассамблея здравоохранения вновь напомнила о двух ключевых целях контроля над ТБ - это выявление, по меньшей мере, 70% заразных больных (в РК в 2012г. - 36,1%) и излечение 85% впервые выявленных бациллярных больных туберкулезом (РК в 2012г. - 83,1%).

Для достижения этих целей была представлена современная международная стратегия «Остановить туберкулез», основанная на принципах стратегий DOTS и DOTS-Plus, которая состоит из следующих ключевых компонентов:

1. Политическая приверженность в сочетании с возросшим и устойчивым финансированием
2. Выявление случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества
3. Стандартная контролируемая химиотерапия с оказанием поддержки пациентам
4. Эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами
5. Система мониторинга и оценки, в том числе количественная оценка результатов лечения
6. Кроме этого, в стратегию «Остановить туберкулез» был добавлен такой важный компонент, как вовлечение всех поставщиков медицинских услуг в программу борьбы с туберкулезом. В связи с этим значительно возрастает роль сети ПМСП в реализации противотуберкулезных мероприятий.

Межотраслевое взаимодействие противотуберкулезной службы с сетью ПМСП, непосредственно влияющее на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, отражены в Государственной Программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2012 г.г., утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113.

В Государственной Программе определена необходимость повсеместного и широкого перехода на диагностику и лечение заболевания в амбулаторных условиях с привлечением специалистов сети ПМСП. Интеграция мероприятий ПМСП и противотуберкулезной помощи способствует повышению качества выявления и ведения больных туберкулезом, что, в свою очередь, приведет к улучшению эпидемиологической ситуации в стране.

Противотуберкулезная помощь населению в Казахстане непосредственно взаимосвязана с сетью ПМСП, соответственно, невозможно добиться улучшения ситу-

ации по туберкулезу без включения противотуберкулезных мероприятий в деятельность работников сети ПМСП.

Роль медицинских работников сети ПМСП в оказании противотуберкулезной помощи населению очень важна, так как большинство больных туберкулезом при первых признаках заболевания обращаются в учреждения сети ПМСП. Участвуя в раннем выявлении больных туберкулезом, работники ПМСП способствуют снижению бремени туберкулеза, поскольку не выявленный и не получающий лечения больной активным туберкулезом способен за год заразить 10-15 человек.

Лечение больных ТБ под непосредственным наблюдением в поддерживающей фазе является одним из ключевых элементов противотуберкулезной Программы. Если у больного ТБ в поддерживающей фазе возникают проблемы, связанные с отдаленностью учреждения ПМСП, то, скорее всего, он будет нарушать режим лечения. Поэтому на амбулаторном этапе лечения необходимо участие учреждений первичного звена здравоохранения, расположенных рядом с местом проживания больного.

Поскольку большая часть больных ТБ обращается в общую лечебную сеть, то работники ПМСП имеют возможность установить конструктивные, доверительные отношения с пациентом. Это первая ступень в контакте с больным, его окружением и системой здравоохранения. Из-за длительного лечения бывает трудно поддерживать в больном желание строго соблюдать режим лечения, и медицинский работник, к которому больной с подозрением на туберкулез попадает на первый прием, может заложить основу правильного отношения больного к лечению.

С целью повышения эффективности методов бактериологической диагностики ТБ, в областях и регионах налажен централизованный контроль адекватной бактериоскопической диагностики заболевания в организациях ПМСП.

Для достижения этой цели в настоящее время в республике действуют в сети ПМСП 315 бактериоскопических лабораторий и 2049 кабинетов сбора мокроты. В ПТО развернуто 246 кабинетов сбора мокроты. Действуют на уровне ПМСП 1650 кабинетов химизаторов, в ПТО - 164.

Ежегодно число лиц с подозрением на ТБ (грудными жалобами), обратившихся в поликлинику в республике, составляет более 1 066 817 человек. Выявляемость больных туберкулезом с заразной формой в организациях ПМСП не превышает 4,0% (стандарт ВОЗ-5%).

Для повышения эффективности выявления источника инфекции осуществляются регулярные мониторинговые визиты в учреждения ПМСП, обучение медицинских работников, задействованных в указанных мероприятиях по вопросам принципов DOTS.

Несмотря на проводимые мероприятия, у специалистов сети ПМСП отмечается недостаточная настороженность по вопросу своевременного выявления источника инфекции. Причиной низкого выявления ТБ методом микроскопии в сети ПМСП является некачественный сбор

мокроты, несоблюдение дифференцированного отбора лиц на микроскопию и низкая квалификация лабораторных работников.

Эффективность мероприятий по выявлению и непосредственному контролю лечения больных ТБ медицинскими работниками в поддерживающей фазе связана с обучением медицинских работников сети ПМСП, УГСЭН, ведомственных организаций принципам стратегии DOTS и DOTS- Plus, инфекционного контроля.

Для обеспечения качественного выполнения противотуберкулезных мероприятий проводится плановое обучение целевых групп медицинских работников, задействованных в Национальной противотуберкулезной Программе. Организуются семинары по принципам DOTS, менеджменту МЛУ ТБ на амбулаторном и стационарном этапах, инфекционному контролю, ТБ/ВИЧ, подготовке советников по соблюдению режима.

Ежегодно охватывается обучением от 9 до 15 тыс. специалистов на средства местного бюджета, ГФ, проектов USAID.

Только в 2012г. по вопросу выявления, диагностики и лечения, менеджмента МЛУ ТБ, ТБ/ВИЧ, инфекционного контроля при финансовой поддержке ГФ 6 и 8 Раундов обучено 919 специалистов ПМСП, ПТО, ДГСЭН. Кроме того, лаборантов-91человек. В регионах проведено 13 семинаров обучения для специалистов ПТО с охватом 120 человек и 18 семинаров для 280 работников ПМСП.

Для проведения каскадного обучения врачей сети ПМСП и медицинских сестер, специалистами НЦПТ составлены модули для использования в практике повышения квалификации специалистов РК.

Разработано и утверждено Руководство по инфекционному контролю и Национальная Стратегия по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации.

Укрепление совместных мероприятий по ТБ/ВИЧ

В соответствии с приказом МЗ РК от 16 ноября 2009г. №722 «Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ-инфекции», в противотуберкулезных организациях (далее ПТО) проводят 100% тестирование больных ТБ на ВИЧ.

Действует тематическая подгруппа по ТБ/ВИЧ при Технической Рабочей Группе по ТБ, созданной при Национальном Координационном Совете по охране здоровья при Правительстве РК.

Специалисты СПИД-центров проводят клинический скрининг пациентов с установленным положительным ВИЧ-статусом, направляют на флюорографию органов грудной клетки (не реже 2 раза в год). Детям с ВИЧ-инфекцией до 15 лет проводится обзорная рентгенография, старше 15 лет - флюорография. При подозрении на ТБ (наличие кашля) лица с ВИЧ-инфекцией направляются в территориальные учреждения ПМСП на дообследование.

Специалисты СПИД-центров подают заявку в ПТО для централизованного закупа препарата изониазид (Н) с целью проведения химиопрофилактики в течение 6 месяцев ЛЖВ (после исключения активного ТБ).

В 2012г. охват химиопрофилактикой ВИЧ-инфицированных лиц, по данным РЦ СПИД, составил 88%.

Профилактическое лечение котримаксазолом проводится на протяжении стационарного курса лечения больных ТБ/ВИЧ, с целью профилактики пневмоцистной пневмонии, токсоплазмоза, сальмонеллеза, изоспороза и малярии. По данным РЦ СПИД, 98% больных ТБ/ВИЧ получили профилактическое лечение котримаксазолом.

Фтизиатры в период стационарного лечения больных ТБ/ВИЧ осуществляют антиретровирусную терапию (АРТ) для подавления размножения вируса иммунодефицита человека и предотвращения разрушения иммунной системы. К сожалению, только 52% больных ТБ/ВИЧ по республике получают АРТ.

В системе УИС МВД РК 70% больных ТБ/ВИЧ получают профилактическое лечение котримаксазолом и 43% АРТ.

Фтизиатры дифференцируют и проводят коррекцию побочных эффектов противотуберкулезных и АРВ препаратов совместно со специалистами-инфекционистами СПИД-центров.

В НЦПТ создана электронная база данных на больных ТБ/ВИЧ. Ежеквартально осуществляется мониторинг и оценка мероприятий по профилактике и контролю за ТБ/ВИЧ в стране и разработан механизм обмена информацией по случаям ТБ/ВИЧ.

Контроль ТБ в пенитенциарном секторе здравоохранения

На ситуацию контроля за ТБ в стране влияет сложная обстановка в тубучреждениях пенитенциарной системы КУИС МВД РК, отражением которой является высокая заболеваемость, смертность осужденных от ТБ, отсутствие принципов инфекционного контроля в тубучреждениях системы, значительный уровень распространения лекарственно-устойчивых форм заболевания среди осужденных лиц и дефицит кадров.

За последние годы в указанной системе отмечается тенденция к снижению основных эпидемиологических показателей. Вместе с тем в 2012г. выявлен рост показателей заболеваемости и смертности в данной системе.

Так, заболеваемость осужденных составила 941,1 против 522,5 по сравнению с 2011г. (рост на 80,1%), а смертность выросла на 87,6% и составила 115,2 против 61,4 на 100 тыс. тюремного населения.

Противотуберкулезная помощь в системе КУИС МВД РК оказывается 7 тубучреждениями с коечной мощностью 1840.

Согласно подпункта 2 пункта 2 совместного приказа МЗ РК от 27.02.2012 года №115 и МВД РК от 29.02.2012 года №117 «Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в учреждениях УИС МВД РК», бактериологические (микроскопические и культуральные) исследования и ТЛЧ к противотуберкулезным препаратам первого ряда (ПТП)

проводятся на базе лабораторий ПТО гражданского сектора здравоохранения в рамках заключенного межведомственного меморандума.

Охват осужденных больных ТБ культуральными исследованиями у вновь зарегистрированных больных ТБ достигает 99,5%, повторных больных - 100%.

Охват ТЛЧ к ПТП первого ряда среди вновь зарегистрированных больных с положительным посевом - 100%, повторных больных ТБ - 100%.

В УИС функционирует единственная бактериологическая лаборатория на базе учреждения АК-159/11 ДУИС по Карагандинской области, которая обеспечена оборудованием для быстрой диагностики ВАСТЕС MGIT-960, установленным в рамках гранта 8 Раунда ГФ.

Продолжается внедрение пилотного проекта DOTS-plus в тубучреждениях пенитенциарной системы с целью снижения распространения ТБ с МЛУ. В системе УИС охват больных МЛУ ТБ лечением ПВР в 2012г. составил 79%.

В 2012 году приобретены ПТП 1 и 2 ряда из средств республиканского бюджета на общую сумму 111 млн. 466 тыс. 701 тенге (в 2011г. - 44 млн. 801 тыс. 874 тенге).

По итогам 2012г., в системе УИС вновь взято на диспансерный учет 822 больных активным ТБ. Ежегодно снижается контингент активных больных, к концу 2012г. он составил 1736 больных, в том числе с хронической формой - 200, больных IV категории - 831, больных ШЛУ ТБ-27.

С целью раннего выявления ТБ, лица группы «риска», подследственные и осужденные охвачены осмотром на ТБ.

В соответствии с п. 65 «Правил оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения, утвержденных Постановлением Правительства РК от 7 апреля 2012 года № 430», все осужденные за период нахождения в карантине в обязательном порядке должны пройти флюорографическое обследование.

В последующем флюорография органов грудной клетки проводится 2 раза в год в ходе медицинских осмотров (т.е. каждые 6 мес. согласно флюоротеке).

Показатель выявляемости ТБ заразной формы методом бактериоскопии понизился и равняется 3,6% против 4,0% в 2011г. (стандарт ВОЗ -5%).

Показатели «успешности» лечения среди новых случаев ТБ легких с бактериовыделением с сохраненной чувствительностью не достигает уровня стандарта ВОЗ, аналогичная ситуация с показателем «успешности» лечения среди больных МЛУ ТБ.

Определенная работа проводится гражданским сектором здравоохранения по своевременному охвату диспансерным наблюдением больных ТБ, освободившихся из системы КУИС МВД РК с незавершенным лечением.

В областях отработан механизм передачи освобожденных больных из системы УИС МВД РК в гражданский

сектор. Ежемесячно проводится сверка по освободившимся больным туберкулезом специалистами областных противотуберкулезных диспансеров и учреждений УИС МВД РК.

Неоспоримую помощь в мероприятиях при освобождении больных туберкулезом оказывают неправительственные организации. Так, в Акмолинской области осуществление противотуберкулезных мероприятий в системе УИС проводится при тесном взаимодействии с неправительственными организациями ОФ «Луч надежды» и «Прометей».

В рамках 6 Раунда ГФ в 4 пилотных (Акмолинская, Алматинская, Павлодарская, СКО) областях и г. Алматы, НПО выполнены мероприятия по психосоциальному консультированию 72 больных перед освобождением из мест лишения свободы.

Взаимодействие с СЭН по вопросам туберкулеза

При всех УГСЭН областей с 1 июля 2007г. действуют отделы по ТБ, координирующие деятельность ПТО, с контролем за реализацией санитарно-противоэпидемических профилактических мероприятий, направленных на предупреждение распространения ТБ в Республике Казахстан. Выделены ответственные специалисты по ТБ во всех УГСЭН регионов.

Совместно с органами ДГСЭН и противотуберкулезной службой на всех уровнях проводятся мероприятия, направленные на выполнение приказа МЗ РК от 17 июня 2011г. № 404 «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан», в части обязательного обследования женщин после родов методом флюорографии в организациях ПМСП, обследования лиц с подозрением на ТБ, выполнения мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, обеспечения поиска больных ТБ, уклоняющихся от лечения и обследования, а также лиц, освободившихся из мест лишения свободы с незавершенным курсом лечения с привлечением территориальных органов внутренних дел МВД РК.

В республике учреждения сети ПМСП обеспечены на регулярной основе препаратами, вакциной БЦЖ и туберкулином.

Ежегодно на индикаторной основе проводятся совместные межсекторальные мониторинговые визиты в области и регионы по оценке выполнения совместных противотуберкулезных мероприятий.

Взаимодействие с НПО

В Казахстане Национальная программа борьбы с ТБ усилена следующими проектами международных доноров и НПО:

- Проект USAID «Качественное здравоохранение» - поддержка и развитие ПМСП.
- Проект USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу» - профилактика и предупреждение распространения ВИЧ и ТБ среди групп населения с повышенным риском.
- Проект USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу» (AFEW) – повышение доступа уязвимых групп населения к услугам по профилактике и лечению ВИЧ и ТБ.

- Проект USAID TB CARE I (Представительство KNCV в ЦА) – разработка эффективных и действенных мероприятий по контролю ТБ в системе УИС и гражданском секторе.
- Поддержка Национальной программы по борьбе с ТБ I (KfW) – улучшение диагностики и лечения ТБ в системе УИС и гражданском секторе в Акмолинской, СКО, Кызылординской областях.
- Поддержка Национальной программы по борьбе с ТБ II (KfW) - улучшение диагностики и лечения ТБ в системе УИС и гражданском секторе в Актюбинской и Южно-Казахстанской областях.
- Проект Всемирного банка развития и реконструкции «Передача технологий и проведение институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан» - реструктуризация больничного сектора, в том числе противотуберкулезной службы.
- Проект Общества «Красного Полумесяца РК» - повышение потенциала ОКП РК в области борьбы с туберкулезом.
- Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией:
 - 6 Раунд: Снижение бремени туберкулеза в Казахстане.
 - 8 Раунд: Снижение бремени туберкулеза в Казахстане путем усиления менеджмента ЛУ ТБ.
- Фонд Сорос-Казахстан – приближение ситуации по ТБ в Казахстане к достижению Целей развития тысячелетия ООН.
 - Вышеперечисленные проекты международных доноров и НПО имеют свои сроки реализации, цели и задачи, которые не дублируют друг друга. Ход реализации и выбор дополнительных задач обсуждаются на заседании Технической Рабочей группы с участием представителей СПИД-центра и НЦПТ МЗ РК.

Тұжырым

Мақалада үкіметаралық және азаматтықпен жазасын өтеу орындарындағы әр түрлі мекемелер мен ұйымдарда жүзеге асырылатын елдік туберкулезге қарсы шаралардың нәтижелерінің мәліметтері ұсынылған.

Резюме

В статье представлены данные о результатах межведомственной и межсекторальной интеграции различных ведомств и организаций в реализации страновых противотуберкулезных мероприятий.

Summary

In this paper there are given the data on results of interdepartmental and intersectoral integration of different departments and organizations to realize the anti-TB policies in the country.

УДК: 616-002.5-07-08

Информированность населения о туберкулезе, частота выявления запущенных форм и использование принудительного лечения в Алматинской области в 2012г.

Белова Е.С., Копбосынова Д.Д., Смаилова А.М., Жумабаева Ш.К., Бегметова Д., Исакова Н., Раимбекова А.

Алматинский ОПТД, г.Талдыкорган

Ключевые слова: туберкулез, санитарно-просветительная работа, запущенные формы туберкулеза, принудительное лечение

Известно, что эффективность лечения больных туберкулезом зависит от многих факторов, в частности, от своевременного выявления и приверженности больных к лечению. Несвоевременное выявление специфической патологии приводит к тому, что у впервые выявленных больных выявляются большие распространенные процессы, лечение которых представляет значительные сложности в силу морфо-функциональных изменений в легочной ткани. Именно поэтому своевременному выявлению туберкулеза у больных любого возраста уделяется особое внимание. Не менее драматичной является ситуация с пациентами, которые в силу определенных

свойств личности, недопониманию важности ситуации или просто по незнанию последствий отказа от лечения туберкулеза уклоняются от предписанной терапии. Особый драматизм этой ситуации придает то, что в данной ситуации отказ от лечения не может быть личным делом самого больного, так как в этом случае он продолжает оставаться бактериовыделителем и распространителем инфекции в обществе.

Однако запущенные формы заболевания и отказы от лечения не всегда являются недостатками диагностической и лечебной работы. Очень важным является своевременное обращение населения за медицинской помощью, что позволяет вовремя выявить и пролечить специфическую патологию, а также понимание больным особенностей распространения заболевания в обществе и последствий прогрессирования заболевания. В связи

с этим мы проанализировали частоту выявления запущенных случаев и частоту применения принудительного лечения в Алматинской области в 2012г. и сопоставили ее с проведением санитарного просвещения.

Всего по области в 2012г. заболело 1480 человек, что составило 76,9 на 100 тыс. населения. При этом абсолютное количество заболевших было больше в Южном регионе – 968 человек, тогда как в Северном регионе оно составило 512 человек. Но относительные цифры показывали обратное соотношение: в Южном регионе интенсивный показатель заболеваемости составил 59,7 на 100 тыс. населения, тогда как в Северном регионе – 98,4. Так как при проведении санитарного просвещения и учете запущенных случаев используются абсолютные показатели, то дальнейший анализ мы проводили именно по ним.

При рассмотрении заболеваемости в разрезе районов было выявлено, что запущенные случаи в 2012г. выявлялись только в Северном регионе (табл. 1).

Так, 2 запущенных случая туберкулеза в 2012г. были выявлены в Северном регионе за счет заболеваемости в Алакольском и Ескельдинском районах (по 1 случаю). Иная ситуация складывалась по больным, не проявившим желания лечиться. В этом случае в Северном и в Южном регионах были зарегистрированы отказы от лечения, вследствие чего 36 больных из Алматинской области

были направлены на принудительное лечение. При рассмотрении отказов от лечения в разрезе районов было установлено, что в Северном регионе число направленных на принудительное лечение превышало аналогичный показатель в Южном регионе в 5 раз, а максимальное количество случаев – по 7 отказов – было зафиксировано в Ескельдинском и Коксуском районах. Только на один случай меньше было направлено на принудительное лечение в Саркандском районе и в самом г.Талдыкоргане (по 6 человек). В Южном регионе на принудительное лечение в течение года было отправлено 6 больных при наибольшем показателе в Енбекши-Казахском районе (3 больных). Настораживающим является тот факт, что большая часть больных, не захотевших лечиться, в дальнейшем были определены как случаи мультирезистентного туберкулеза (МЛУ ТБ) и направлены для лечения по 4 категории (75% от общего числа направленных на принудительное лечение), что лишний раз подчеркивает высокую опасность для общества этой категории больных.

Важным фактором своевременного выявления туберкулеза и вовлечения больных в процесс его лечения является разъяснительная санитарно-профилактическая работа. В Алматинской области используются для проведения этой работы все существующие в РК способы: публичные выступления в средствах массовой информации, проведение общественных акций, распространение

Таблица 1 - Заболеваемость и частота выявления запущенных случаев в 2012г. в Алматинской области

| Регион | Абс. кол-во заболевших | Всего запущенных случаев | Принудительное лечение | Лечение запущенных случаев | | |
|------------------------|------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | Лечение по 1 кат. | Лечение по 2 кат. | Лечение по 4 кат. |
| <i>По области</i> | 1480 | 2 (0,1%) | 36 | 7 | 2 | 27 |
| <i>Северный регион</i> | 512 | 2 (0,4%) | 30 | 7 | 2 | 21 |
| Аксуский район | 39 | - | 0 | - | - | - |
| Алакольский | 68 | 1(1,5%) | 1 | - | - | 1 |
| Каратальский | 51 | | 1 | 1 | - | - |
| Кербулакский | 26 | | 0 | - | - | - |
| Коксуский | 27 | | 7 | - | - | 7 |
| Саркандский | 40 | | 6 | 3 | 1 | 2 |
| Ескельдинский | 50 | 1 (2,0%) | 7 | 1 | - | 6 |
| г.Талдыкорган | 192 | | 6 | 2 | - | 4 |
| г.Текели | 19 | | 2 | - | 1 | 1 |
| <i>Южный регион</i> | 968 | | 6 | 0 | 0 | 6 |
| Балхаский район | 24 | | 0 | - | - | - |
| Енбекши-Казахский | 173 | | 3 | - | - | 3 |
| Жамбыльский | 78 | | 0 | - | - | - |
| Илийский | 140 | | 0 | - | - | - |
| Карасайский | 187 | | 2 | - | - | 2 |
| Панфиловский | 75 | | 0 | - | - | - |
| Райымбекский | 31 | | 0 | - | - | - |
| Талгарский | 183 | | 1 | - | - | 1 |
| Уйгурский | 30 | | 0 | - | - | - |
| г.Капчагай | 47 | | 0 | - | - | - |

Таблица 2 - Санитарно-просветительные мероприятия по туберкулезу в Алматинской области в 2012г.

| Мероприятия | область | | Южный регион | | Северный регион | |
|--|---------|--------|--------------|-------|-----------------|-------|
| | всего | Охват | всего | охват | всего | охват |
| Прочитано лекций | 1427 | 47810 | 842 | 26236 | 585 | 21574 |
| Проведено бесед | 36246 | 102213 | 18709 | 46500 | 17537 | 55713 |
| Проведено тренингов | 73 | 1940 | 45 | 1160 | 28 | 780 |
| Показано видеороликов | 231 | | 58 | | 173 | |
| Выступления на радио | 15 | | 15 | | 0 | |
| Статьи в печати | 72 | | 20 | | 52 | |
| Выступления по телевидению | 14 | | 1 | | 13 | |
| Распространено информационных материалов | 22418 | | 11237 | | 11181 | |
| Проведено семинаров | 146 | 7028 | 80 | 3044 | 66 | 3984 |
| Оформлено наглядных стендов | 394 | | 217 | | 177 | |
| Написано диктантов в школах | 818 | 147955 | 584 | 80945 | 234 | 67010 |
| Проведено часов «вопрос-ответ» | 69 | 1245 | 56 | 565 | 13 | 680 |
| Проведено пресс-конференций и круглых столов | 66 | 4702 | 27 | 2589 | 39 | 2113 |

информационных материалов среди населения и групп риска. В таблице 2 представлена сводная картина о проведенных санитарно-просветительных мероприятиях в области в течение изучаемого периода.

Из представленных в таблице данных видно, что в области самыми массовыми формами работы с населением являются те формы работы, которые осуществимы без дополнительных финансовых затрат и могут выполняться силами самих медицинских работников. Однако необходимо учесть, что на такие мероприятия как беседы, тренинги, встречи и т.п. попадает только благополучное население, которое, как правило, изначально является достаточно информированным в силу своей высокой социальной активности. Между тем, использование средств массовой информации (телевидение, радио, интернет и пр.) в распространении санитарно-информационной пропаганды о туберкулезе ограничено и в силу этого менее информативно. Поэтому получается, что при высоком охвате населения массовыми информационными акциями, самая социально низкая прослойка населения из групп риска оказывается менее всего вовлеченной в проведение информационных кампаний, что в дальнейшем отражается на эпидемиологической ситуации в области.

Таким образом, проведенное исследование показало, что в области запущенные формы туберкулеза выявляются в единичных случаях. При этом остается высоким количество отказов больных от лечения, вследствие чего медицинские работники вынуждены применять принудительное лечение к этой категории больных. Особенно сложной является обстановка в Северном регионе, что связано с его экономическими и социальными особенностями. При этом в информировании населения

в вопросах туберкулеза предпочтение отдается мало затратным нетехническим средствам распространения информации, что ограничивает (или совсем исключает) вовлечение в эти акции социально неактивного населения из групп риска.

Тұжырым

Мақалада 2012 жылы Алматы облысының тұрғындарына туберкулезге шалдығу және асқынған жағдайларына қатысты ТҚҰ, БМСК, ҰЕҰ қызметкерлеріме жүргізілген шипажай-ағарту шараларының өзара байланысының мәліметтері ұсынылған.

Резюме

В статье представлены данные о взаимосвязи количества санитарно-просветительных мероприятий по туберкулезу, проводимых среди различных слоёв населения сотрудниками ПТО, сети ПМСП и НПО в Алматинской области в 2012г., на заболеваемость туберкулезом и частоту выявления запущенных случаев.

Summary

The study conducted showed that in the oblast advanced TB forms are revealed in the rare cases. At this, the numbers of refusal from treatment remains high, that why the health care workers have to implement the mandatory TB treatment to this category of patients. Situation becomes especially complicated in the North region that is linked to its economical and social particularities. At this preference in the informing the population in the questions of tuberculosis is given for non technical non expensive tools of information dissemination that limits (or exclude completely) the socially inactive population from risk groups.

УДК: 616-002.5-084

Туберкулез құртын жұқтырған жеткіншектерге санаторий жағдайында емдеу-профилактикалық шараларын ұйымдастырудың алғы шарттары

Ережепов М.Ш.

«Талдықорған балалар туберкулезіне қарсы санаториясы» мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесі

Түйінді сөздер: туберкулез, емдеу-профилактикалық шаралар, контакт, вираж, гиперергиялық реакция, аймақ көрсеткіштері

Елімізде туберкулез ауруымен белсенді күрес шаралары жыл өткен сайын өзіндік нәтижелерін бере бастағаны қуантарлық жағдай. Бұл көрсеткіш бұрнағы жылдармен салыстырғанда едәуір азайып, Республика бойынша 2012 жылы 100 мың тұрғынға шаққанда 81,7 құраса, Алматы облысы бойынша 76,5- ке дейін төмендеген. Ал балалар арасында бұл көрсеткіш облыс бойынша 100 мың балаға шаққанда 2012 жылы 22,5 құрайды. Салыстырмалы деректерге сүйенсек, туберкулез ауруы соңғы он жылда облыс бойынша үлкендер арасында 37,5 пайыз, балалар арасында 46,1 пайызға төмендеген.

Әрине, бұл туберкулезге қарсы күрес саласы мамандарының, соның ішінде дәрігерлердің орасан зор табысы.

Дегенмен, осы салада әлі де болса, ойланарлық маңызды мәселелер жоқ емес. Соның бірі - балаларға арналған санаториялық төсек орындарды барынша тиімді пайдалану шараларын әлі де болса жетілдіру мәселесі болып табылады.

Балаларды сауықтыруға арналған әрбір төсек орын үшін мемлекет тарапынан қыруар қаржы бөлінетінін ескеріп, қолдағы бар мүмкіндікті ыждақатпен пайдалана білсек, жасөспірімдер арасындағы құрт ауруымен ауыру көрсеткіштері әлі де болса бірнеше сатыға төмендер еді.

Сондықтан осы мәселеге тікелей қатысы бар балаларды санаториялық сауықтыруға жолдама беретін жергілікті жерлердегі дәрігерлік сараптама комиссияларының жұмысы әлі де болса жетілдіруді талап етеді.

Егер санаториялық төсек орындармен оны керек ететін балалардың тек 13-14 пайыздайы ғана қамтамасыз етілетіндей мүмкіндік бар екенін ескерсек, сол аз пайыз балалардың қаншасы қандайлық деңгейде санаториялық емді керек еткендігіне барынша терең мән берілуі тиіс.

Санаториялық төсек-орындарды барынша тиімді пайдалану жергілікті туберкулез мекемелерінде тұрақты жұмыс істейтін дәрігерлік қадағалау комиссияларының негізгі міндеті болып табылады.

Алайда әлі де болса осы салада олқылықтар жоқ емес, Жіберілетін баланың бірінші кезекте диагнозына, екінші кезекте әлеуметтік жағдайына барлық жерде бірдей жете талдау жасалына бермейді.

Жергілікті әкімшіліктің әлеуметтік саласымен әлі де болса тығыз байланыс орнату арқылы комиссия өз жұмысын жеңілдетіп, неғұрлым жоқ-жітік отбасынан шыққан балалардың көбірек сауықтырылуына жол ашылар еді. Ал бұл шаралар өз кезегінде неғұрлым қауіпті топтағылар саналатын балалар арасында туберкулезді болдырмауға себебін тигізери сөзсіз.

Сөзіміз нақты болу үшін мына деректерге жүгінейік (мекеме солтүстік аймақтағы балаларға қызмет көрсететіндіктен тек **аймақ көрсеткіштері** алынып отыр).

Алматы облысының солтүстік аймағындағы соңғы үш жылдардағы 3-топтағы диспансерлік есебіне тіркелгендер саны.

Сонымен қатар, солтүстік аймақ бойынша 2010 жылы 18 бала, 2011 жылы 18 бала, 2012 жылы 25 бала туберкулез ауруының өршулі түрімен анықталып емделген.

Негізгі талдау. осы балалардың қаншасы және қандай түрлері санаториялық еммен қамтылғандығы жайлы болмақ.

Себебі, 125 төсек- орынға негізделген солтүстік аймақтағы «Күншуақ» санаториясының бар мүмкіндігі жылына 500 ден астам баланы (төсек орындарда орташа жату ұзақтығы 80-82 күн) сауықтыруға жарайды , ал бұл,сауықтыруды керек ететін балалардың 13-14 пайызы ғана екенін ескерсек, төсек-орындарды барынша тиімді пайдалану мәселесі туындайтыны сөзсіз.

Сөзіміз нақты болу үшін Алматы облысының солтүстік аймағына орналасқан Талдықорған аймақтық балалар туберкулезіне қарсы санаториясының деректеріне жүгінейік.

1 Кесте - 3-топтағы диспансерлік есебіне тіркелген балалар

| 3-топтағы диспансерлік есебіне тіркелген балалар | Жылдар | | |
|--|--------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 |
| Контакт | 594 | 611 | 526 |
| Вираз | 2451 | 3304 | 3049 |
| Гиперергиялық реакция | 125 | 172 | 151 |
| Всего | 3170 | 4087 | 3726 |

2 Кесте

| Диагноздар | Жылдар | | |
|---|--------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 |
| Контакт | 206 | 207 | 187 |
| Вираз | 283 | 257 | 289 |
| Гиперергиялық реакция | 29 | 39 | 40 |
| Туберкулездің белгілі бір түрімен ауырып емделгеннен кейін сауықтырылғандар | 22 | 27 | 13 |
| Барлығы | 540 | 530 | 529 |

Таблиціде көрсетілгендей, әр жыл сайын мекеме арқылы 530-540 бала көлемінде сауықтырылған. Енді таблиціде келтірілген деректермен жоғарыда көрсетілген солтүстік аймақтағы диспансерлік есептің 3-ші группасы бойынша тіркеуге алынған балалардың (1 кесте) қаншасы санаториялық жағдайда сауықтырылғаны жайлы деректерге талдау жасайық:

2010 жылы тіркелген 125 - гиперергияның 29-ы, яғни, 23,2 %, 2011 жылы тіркелген 172-гиперергияның 39-ы, яғни, 22,6%, 2012 жылғы 151-дің 40-сы, яғни 26,4 % санаториялық еммен қамтылған екен.

Сондай-ақ контактпен тіргелген 2010 жылғы - 594 баланың 206-сы, (34,6%), 2011 жылы 611- баланың 207-сі, (33,8%) 2012 жылы 526-ның 187-сі емделген (35,5%).

Қалғандары вираждар. Оларды санаториялық сауықтырумен қамту жағдайы төмендегідей: 2010 жылы жалпы санының - 11,5%, 2011 жылы - 7,7%, 2012 жылы - 8,4% санатория жағдайында жатып емделген

Қалғандары әрине, амбулаториялық жолмен емделгендер екені түсінікті.

Егер туберкулез ауруы көбінесе гиперергиялық реакция мен ТМБ+ ата-аналарымен, басқа да жандармен контактта(тығыз қарым-қатынаста) болған күмәнді топтағы балалар арасынан шығатынын ескерсек, онда біз бірінші кезекте санаториялық еммен осы топтағы балаларды қамтуымыз керек екендігі түсінікті..

Яғни, гиперергиялық реакция мен ТМБ+ аурумен тығыз қарым қатынаста контакт болып санатория жағдайында емделген балалардың үлес салмағы қазіргіден әлдеқайда жоғары болуы тиіс, яғни, гиперергияларды 24-25% 70-80%, контактты 50% дейін көтеру міндеті тұр

Ол түсінікті де, себебі күмәнді топтағы балалар ішіндегі ең қауіптілері де осылар. Бұл әрине, жалпы вираз тобындағы қалған балаларды санаториялық жағдайда сауықтырмау керек деген ұғым тудырмау керек, қалған (әр ауданға, не қалаға) тиесілі орындарға оларды тек әлеуметтік жағдайына байланысты қатаң сұрыптауды керек етеді.

Егер өткен жылдармен салыстырсақ осы мәселеде прогрессивтік өзгерістерді байқау да қиын емес.

Себебі жолдама беру комиссиясының назарын осы мәселеге жиі аудару арқылы соңғы жылдары негізінен санатория төсек орындарын күмәнді топтардағы балалар арасындағы ең қауіп туғызатын осы гиперергия мен контакт болғандармен және аурудың негізгі түрімен ауырғандарға пайдалануды дұрыс жолға салып келеміз

Алайда бізді қызықтыратын мәселе сандық жағынан ғана емес, әлеуметтік сапасы жайында да болмақ.

Бұл таблиціде көрсетілген мәліметтер арқылы ұғатынымыз, санаторий төсек-орындарын барынша тиімді пайдалану үшін біздер үшін әлі де резервтер бар екенін, яғни, күмәнді топтағы балаларды санаториялық емге іріктеу әлеуметтік факторларды ескеру жағынан жергілікті жерлерде әлі де болса, дұрыс жолға қойылмай келе жатқанын көрсетеді.

Бұл, әрине, дәрігерлік сараптама комиссияларының жұмыстарына зор жауапкершілік жүктейді. Тіпті, әлеуметтік сала мамандарымен тығыз түрде жұмыс жасауға жол сілтейді.

Санаториялық төсек-орындардың қолдағы бар мүмкіншіліктерін дұрыс пайдалану- қазіргі күннің басты талабы..

Себебі, қазіргі санаториялардың материалдық техникалық базасы түскен балаларды егжей-тегжейлі тексеруге зор мүмкіндік береді, Диагностика жағы дұрыс жолға қойылған, ішкі дәрігерлік қадағалау комиссиясы тағы бар. Үнемі дәрігер мамандардың қарауында болып, ем қабылдайды.

Соның нәтижесінде «гиперергия» немесе «контакт» диагноздарымен ауыл-қала, аудандардан санаторияға жағдайында химиофилактика өтуге жіберілген балалардың арасынан қосымша рентгендік(томографиялық) тексеру кезінде туберкулездің жасырын түрлері анықталып жататыны да жасырын емес.

Ең негізгісі, химиофилактика жүргізілетін балаға ерекше күтім жасалынып, тек қана дәрі беріп қана қоймай,

3 Кесте

| | Жылдар | | |
|----------------------------------|--------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 |
| Виразбен емделген барлық балалар | 176 | 200 | 257 |
| Әлеуметтік жағдайы төмен | 72 | 83 | 112 |
| Тұрмыс деңгейі қалыпты | 104 | 117 | 145 |

жүйелі тынықтырып, дұрыс тамақтандырады, бала ағзасының иммунитетін күшейтетін қымыз, шұбатпен емдеу дұрыс жолға қойылған.

Сонымен қатар бойындағы қосалқы аурулары, қоса емделінеді. Үнемі көңіл күйлерін көтеретін ойын сауықтар ұйымдастырылып отырады. Сонда ғана еммен қатар бала ағзасының иммунитеті көтеріліп, жоғарғы нәтижеге қол жеткізуге болады.

Қорыта айтқанда санатория бірыңғай ұлттық жүйеге кірмейді мұнда жолдаманы тек қана туберкулез мекемелері беретінін ескерсек, жолдама берер алдында аудан дәрігерлері әр баланың әлеуметтік жағдайына қатаң көңіл бөлуі керек. Қолдағы бар санаториялық төсек-орын мүмкіндіктерін дұрыс пайдаланып, дұрыс әлеуметтік бағытта жұмыс істегенде ғана балалар арасында туберкулез сырқатына қарсы күрес тиімділігі артып, тиісті нәтижеге қол жететінін естен шығармағанымыз абзал.

Тұжырым

Шипажай төсек орындарымен оны керек ететін туберкулезге шалдыққан балаларды толық қамтамасыз ету көрсеткіші әлі де өз деңгейінде емес екені белгілі, мысалы Алматы облысы бойынша мұқтаж науқастарды шипажайлық төсек орындармен қамтамасыз ету небәрі 13-14 пайызды құрайды. Диспансерлік бақылаудың 3 тобындағы балаларынан бірінші кезекте +ТМБ қатынаста (100%) болған гиперергиялық тоғысу бар балалар таңдалып алынады. Қалған орындарға отбасының әлеуметтік мүддесі ескерілген виражды топтың балалары орналастырылады. Қалған виражды балалар науқасқа шалдығу мүмкіндігі төмен болғандықтан олардың

отбасыларының әлеуметтік жағдайы ескере отырып шипажайға орналастырады.

Резюме

Потребность в санаторных койках не удовлетворяет спрос всех нуждающихся детей, так как в Алматинской области санаторными койками ежегодно обеспечивается только 13-14% всех нуждающихся. А это, в свою очередь требует индивидуального подхода при отборе детей в данное учреждение с учетом диагноза и социального статуса больных. При отборе детей из 3 группы диспансерного наблюдения предпочтение должно отдаваться, в первую очередь, детям с гиперергической реакцией и из контакта МБТ+ (желательно на 100%). Остальные выраженные дети имеют малую вероятность заболевания, поэтому их необходимо госпитализировать в санаторные койки только с учетом социального положения семьи.

Summary

Requirement of sanatorium beds don't satisfied the demand of all needing children, since in Almatinskaya oblast yearly only 13-14% out of this group of children are provided with. Thus, it should be recommended to strictly conduct the individual selection taking into account the diagnosis and social status of patients. Firstly during selection from 3rd group of dispensary notification preference should be given to the children with hyperergic reaction and those from TB source MBT+ (preferably in 100%). The remained children with conversion have the lower risk of TB disease development that why it is necessary to hospitalize them in sanatorium with account of their social status.

УДК 616-002.5-053.2:615.371

Туберкулезге қарсы жапондық БЦЖ екпесінің салыстырмалы тиімділігі

Такенов А.А.¹, Филиповская Т.Н.¹, Омелаенко Л.Н.¹, Касенова Л.Ш.², Исаева А.Г.², Макулбаева У.Т.²

¹Алматы қ. ААТҚД

²С.Ж.Асфендияров ат. ҚазҰМУ, фтизиопульмонология кафедрасы

Түйінді сөздер: туберкулез, иммунитет, БЦЖ, вакцина, лимфаденит

Соңғы жылдары республикамызда туберкулездің эпидемиологиялық жағдайы, балалар мен ересектер арасындағы аурушылдық пен өлімшілдіктің азаюы түрінде жақсаруға бағыт алуда. Сонымен қоса, жағдай бұрынғысынша қолайсыз, дәріге төзімді туберкулез түрі мен қайталап ауру жоғары деңгейде сақталуда. Бұл туындаған мәселеде балалар арасындағы иммунды жағдайды жақсарту мен сақтау мақсатында екпелерді жүргізу және оған қарсы көрсеткіштерді азайтуға қатаң бағыт алуымыз қажет.

Қазақстанда туберкулезге қарсы жаппай иммунизация үшін 2008 жылдан бері ДДСҰ талаптарына сәйкес келетін, жапондық БЦЖ лабораториясында *M. Tuberculosis bovis* дақылынан алынған БЦЖ вакцинасы қолданыла бастады.

Зерттеу мақсаты: жаңа туылған сәбилер арасындағы жапондық БЦЖ вакцинациясының жағымсыз әсерлері мен тиімділігін бағалау.

Зерттеу міндеттері:

1. Иммунизациядан кейінгі жергілікті екпе реакциясы ағымын әр уақытта анықтау.

2. Вакцинация тиімділігін вакцинадан кейінгі терілік белгілер түзілу жиілігі және сипатына байланысты бағалау.
3. БЦЖ-лимфоаденит және оның клиникалық көріністерінің даму себебін, уақытын, анықтау жолдарын бағалау.

Зерттеу әдістері

Алға қойылған мақсатқа жету барысында біздің бақылауымызда 2012 жылы Алматы қаласының перзентханаларында дүниеге келіп, вакциналаудан кейін №16 балалар емханасында бақылауда тұрған 250 бала болды. Сәбилер 2 топқа бөлінді: 1 топ (негізгі) – БЦЖ екпесіне әр түрлі жағымсыз әсер берген 150 бала, 2 топ (бақылау) – 100 бала асқынусыз тиімді иммунизациямен.

Бала емханасында біз иммунизациядан кейінгі жергілікті екпе реакциясы ағымын әр уақытта (1, 3, 6, 12 ай) бақыладық, сонымен қатар екі зерттеу тобындағы вакцинадан кейінгі терілік белгілер түзілу жиілігі және сипаты бойынша тиімділігін бағаладық. Вакцинадан кейінгі жанама әсерлер болған балаларда, олардың даму себебі мен клиникалық көріністерін анықтауға тырыстық. Вакциналауға жағымсыз әсер бергендер ішінде біз жергілікті лимфа түйіндері ұлғайған балаларға ерекше көңіл бөлдік. Асқину анықталған жағдайда туберкулезге қарсы диспансерде фтизиатрлармен келесідей тексеру жүргізілді: баланы қарап тексеру, анамнез жинау, жалпы қан және зәр талдауы, кеуде торы ағзаларының шолу рентгенографиясы.

Зерттеу нәтижелері

Біз терішілік иммунизация аймағындағы екпе реакциясының дамуын бақыладық. Зерттеу топтары арасында жергілікті белгілер ағымы ерекше айырмашылықты көрсетпеді. Екі топта да алғашқы терілік белгілер, вакциналаудан кейін алғашқы 2 аптада пайда болған - иықтағы гиперемия және папула түрінде болды. Бір айлық балалар арасында негізгі топтан 120 бала (80%) және бақылау тобынан 85 (85%) балада көпіршік, кейіннен пустула түзілуі тіркелді. БЦЖ екпесі орнындағы тыртық салыстырмалы түрде ерте қалыптасты, 3 айдан кейін – 86 (34,4%) балада, 4 айдан кейін – қалған 164 (65,6%) балада.

БЦЖ екпесінің оңтайлы ағымының тиімді нәтижесін иықта алқызыл түсті, «минус-тін» түріндегі, дөңгелек пішінді тыртықтың пайда болуы көрсетеді. Бақылау тобында 100% жағдайда тіркелді, соның ішінде 56% балада жоғары 5-8 мм өлшеммен. Жағымсыз әсер бергендер арасында 100% жағдайда екпе орнында терілік белгілер пайда болды, бірақ олар көлемі мен пішіні бойынша ерекшеленді: жіңішке сызық түріндегі терілік сызықты белгілер басым болды – 78 (65%), өлшемдері 5-8 мм – 58,7% балада, 3-4 мм – 26,0% балада, 8-10 мм – 12,0% балада. Ұлғайған аймақты лимфа түйіндерін анықтау кезеңінде, сол жақ иықта 58% балада іріңдік (пустула), 12% балада қабықша, қалған 30% балада

қалыптасқан тыртықты байқадық. Лимфа түйіндерінің ұлғаюуын екпеден кейінгі уақыттарда көп жағдайда ата-аналар өздері анықтаған. Барлық ата-ана медициналық көмек алу үшін аймақтық педиатрға көрінген, педиатр өз тарапынан әр түрлі мамандарға бағыттаған. Аймақтық педиатрға біріншілік қаралғандардың арасында 72 (48%) сәби хирург кеңесіне, 64 (42,7%) - фтизиатрға, 14 (9,3%) - онкологқа жіберілген. 11 (7,3%) сәбиге педиатрлар арнайы емес лимфаденит диагнозы бойынша ем жүргізген, антибактериальды терапия уақытша жақсарту берген, ал физиотерапиялық үрдісті қолдану (5 сәби) лимфа түйіндерінің ұлғаюуына және жыланкөз дамуымен жүретін флюктуация пайда болуына әкелді. Жалпы тәжірибелік хирургтармен 13 жағдайда (18,1%) арнайы химиотерапиясыз ем (зақымдалған лимфа түйінін ашу және дренаждау) жүргізілген, қалған бала бірден фтизиатрға бағытталған. Онкологтар зақымдалған лимфа түйіндерінің биопсиясын жасап, қабынудың нақты себебін анықтағаннан соң фтизиатрға жіберген.

Қазіргі кезде сәбилер денсаулығы әлсіреген, жүктіліктің патологиялық ағымымен және көптеген қосымша ауруы бар аналардан туылады. Айта кететін жағдай, негізгі топтағы әйелдер арасында жүктілік патологиясы (ерте және кеш токсикоздар, жүктіліктің үзілу қалпы) бақылау тобындағыларға қарағанда жиі байқалды (сәйкесінше 50% және 34,0%), туу кезіндегі асқинулар (кіндік оралуы, ұзақ сусыз кезең, көпсулылық, вакуум-экстракция қолдану) сәйкесінше 35% және 13% анықталған, қосымша аурулары негізгі топтағы 65% әйелде, бақылау тобындағы - 38% әйелде болған. Көңіл бөлетін жағдай, бұл әйелдер өздерінің денсаулығын жақсы деп есептеп, ешқандай маманда және терапевтте есепте тұрмаған. 1 топтағы әйелдерде мына аурулар басым кездеседі: анемия - 47% және созылмалы қабыну аурулары - 24%, ал 2 топтағы әйелдерде жыныс жолдарының патологиясы (кольпит, кандидоз, токсоплазмоз) - 26%, анемия - 15%. Екі зерттеу тобындағы балалардың денсаулық жағдайын талдағанда анықталғаны, жанама әсерлері денсаулығы әлсіз балаларда да кездескен. Сонымен, негізгі топтағыларда 2\3 жағдайда әр түрлі аурулар 105 (70%) тіркелген. Соның ішінде, 48% бала - орталық жүйке жүйесі патологиясымен, 12% - шала туылудың 1-2 дәрежесі, 5% - туа пайда болған аурулармен.

Асқинудың пайда болу себебінің талдауы, ОЖЖ патологиясына невропатолог тағайындаған жалпы массаждан кейін 62 (41,3%) сәбиде ата-аналар лимфа түйіндерінің ұлғаюуын байқағанын көрсетеді. 2\3 сәбиде емдік массаж алу кезінде немесе бірінші курсы аяқтау кезінде, қалған 1\3 – мануальды терапияның 2-3 курсынан кейін көрінген. Біз лимфоаденопатия дамуына суықтап аурудың, яғни, ЖРВИ, бронхит, пневмонияның әсерін байқамадық. Балалардың БЦЖ екпесінен кейін әр кезеңде жедел қабыну ауруларымен ауырған жағдайы

кездесті, соның ішінде, ішектік - 12%, отит және баспа - 5%, анемия – 31,0% балада тіркелді, фондық патология (рахит, гипотрофия, диатез) - 12% жағдайда.

Мына жағдайға көңіл бөлу керек, негізгі топтағы салыстырмалы денсаулығы жақсы 80 (53,3%) сәбидің 1\3 жағдайда (32,5%) лимфа түйіндерінің ұлғаюуы жоспарлы екпелерден (АҚДС, ВПП, ПВГ, қызамық) кейін пайда болған. Сипатталған мәліметтер, БЦЖ иммунизациясынан кейінгі жергілікті лимфа түйіндерінің реакциясы ағза реактивтілігі әлсіреген балаларда байқалады деуге мүмкіндік береді.

Бақылау тобындағы балалар арасында да әр түрлі аурулар 58% жағдайда кездесті. Бірақ бұл балалар арасында ОЖЖ патологиясы - 65%, ЖРВИ және ӨТПА - 17%, анемия - 30%, фондық ауру - 10%.

БЦЖ-лимфаденитті екі клиникалық түрде сипаттадық: инфильтративті және казеозды-некротикалық, осылардың ішінде соңғысы - 73% жиірек диагностикаланған. Көптеген балаларда, нақтырақ айтсақ 123 (82%) балада клиникалық симптомсыз ағыммен сипатталған. Дене қызуының көтерілуі - 13%, жалпы жағдайының нашарлауы, балалардағы тынымсыздық ата-аналарымен 3 (2%) сәбиде анықталды.

Жалпы қан талдауында қалыпты жағдайдан ауытқу балалардың 1\4 (38 бала) кездесті. Гемоглобин деңгейінің 100 г\л төмендеуі 7% балада, лейкоцитоз - 20%, лимфопения - 13%, эозинофилия - 48%, лимфоцитоз - 7% анықталды.

Қорытынды

Жапондық БЦЖ вакцинасы өзінің жоғары тиімділігін көрсетті. Педиатрлар вакцинадан кейінгі жергілікті реакция ағымын жүйелі түрде бақыламай, жартысына жуық баланы 72 (48%) басқа мамандарға, хирург және онколог, қате жолдады. БЦЖ вакциналауы асқинумен жүрудің негізгі себебі - емдік массажды қолдану не жоспарлы екпелердің қабаттасуы (АҚДС, ВПП, ПВГ, қызамық), сирек жағдайда неонатальды және постнатальды кезеңдегі әр түрлі аурулар. Лимфоадениттердің арасында казеозды-некротикалық түрі басым болды, с.к. деструкциялы-некротық өзгеріспен, жыланкөз түзілуімен қосарланды.

Әдебиет

1. Аксенова В.А. //Детские инфекции. - 2004 - №4. - С. 4-6.
2. Тарасов В.Н. //Медицинская кафедра.- 2003.- №4 (8).- С. 42-45.
3. Tan H., Karakuzu A., Arik A. // Pediatr. Dermatol.-2002.- V. 19(4). - P. 323-325.

Резюме

Японская вакцина БЦЖ показала свою высокую эффективность – поствакцинальные кожные знаки были сформированы в 100% случаев. В некоторых случаях возможны побочные реакции в виде регионарных лимфаденитов. Выявление осложнений БЦЖ было в основном спонтанное – родителями. Педиатры нерегулярно наблюдали за течением местной реакции после вакцинации, в 72 (48%) случаях ошибочно направляли к хирургу или онкологу. Основными причинами явились лечебный массаж, наслоение плановых прививок (АҚДС, ВПП, ПВГ, коревая), редко-различные заболевания в неонатальном или постнеонатальном периодах. Среди лимфаденитов преобладала казеозно-некротическая форма 73%, которая сопровождалась деструктивно-некротическими изменениями с образованием свищей.

Тұжырым

Жапондық БЦЖ вакциналауы өзінің жоғары тиімділігін көрсетті. БЦЖ екпесі жағымсыз әсерлерін анықтау жиі тосыннан болды, яғни ата-аналары анықтады. Педиатрлар вакцинадан кейінгі жергілікті реакция ағымын жүйелі түрде бақыламай, жартысына жуық баланы 72 (48%) басқа мамандарға, хирург және онколог, қате жолдады. Асқинулардың негізгі себебі: емдік массажды қолдану, жоспарлы екпелердің қабаттасуы (АҚДС, ВПП, ПВГ, қызамық), сирек жағдайда неонатальды және постнатальды кезеңдегі әр түрлі аурулар. Лимфоадениттердің арасында казеозды-некротикалық түрі басым болды - 73%, бұл деструкциялы-некротық өзгеріспен, жыланкөз түзілуімен қосарланды.

Summary

Japan vaccine BCG showed its high efficacy which determined by a formation of signs of immune response in terms of skin signs in 100% cases. There might be adverse effects such as regional lymph nodes enlargement in some cases. Definitions of BCG vaccination's complications were a spontaneous and have been noted by parents. Pediatricians served irregular for skin sign in children after the BCG vaccination and referred them to a surgeon or an oncologist in 72 (48%) cases. The main reasons of lymph nodes enlargement were therapeutic massage, superinduction because another vaccine (measles, virus hepatitis etc.), and different diseases in neonatal or post-natal periods. A caseosis – necrotics types of lymph nodes enlargement dominated (73%), which accompanied with necrosis and fistula developments.

Инфицированность детей туберкулезом из очагов контакта, роль профилактики в условиях санатория

Крышкина Т.В.

ГКП «Актюбинский областной детский костно-туберкулёзный санаторий «Чайка» на ПХВ.

Ключевые слова: инфицированность детей, очаг туберкулезной инфекции, противотуберкулезный санаторий, профилактика

Одним из основных эпидемиологических показателей по туберкулезу (ТБ) является показатель инфицированности, отражающий частоту латентной ТБ инфекции среди детского населения. Число детей, инфицированных ТБ, в последнее время постепенно увеличивается [2, 3]. Это обусловлено эпидемиологической ситуацией по ТБ в Республике Казахстан. Одно из главных направлений в системе противотуберкулезных мероприятий, современных условиях – снижение заболеваемости ТБ среди детей и подростков, основанное на профилактике среди групп повышенного риска заболевания и, в первую очередь, в очагах ТБ инфекции. Высокий риск заболевания – это контакт с ТБ больным. Несмотря на широкое внедрение в практику различных методов санитарной и специфической профилактики ТБ, заболеваемость туберкулезом контактных детей значительно превышает заболеваемость детей из здорового окружения [2].

Установлены факторы эпидемической опасности в очагах и роль «семейной» туберкулезной инфекции в развитии заболевания ТБ. Опасность заболевания возрастает у детей из «семейных» очагов ТБ, в которых больны мать или два члена семьи и более (в том числе близких родственников), или регистрировались случаи смерти от ТБ. Высока роль «семейной» экзогенной инфекции в развитии туберкулеза, вызванного устойчивыми штаммами у детей и подростков. Отрицательные социальные факторы следует считать прогностическими признаками эпидемической «напряженности», так как именно в таких семьях увеличивается риск распространенности внутрисемейной инфекции. Большинство детей инфицируются МТБ еще до выявления у них тесного контакта с больными ТБ родителями или родственниками. Дети в таких очагах в течение 3-4 лет после выража туберкулиновых проб имеют высокую опасность развития заболевания и особенно нуждаются в наблюдении и проведении профилактических оздоровительных мероприятий. Контролируемое профилактическое лечение в условиях детских учреждений уменьшает риск заболевания в 3 раза.

Известно, что риску заболеть туберкулезом чаще подвержены дети из контакта с больными туберкулезом [4, 6, 7], при этом наиболее опасными являются тесные

и длительные контакты, что, прежде всего, встречается в семейных очагах. Отягощенность очага ТБ отрицательными социальными факторами увеличивает опасность заболевания контактных лиц [4-6, 8].

ГКП «Актюбинский областной детский костно-туберкулёзный санаторий «Чайка» относится к специализированным медицинским организациям туберкулезного профиля областного уровня, с круглосуточным пребыванием детей. Задачей нашего санатория, как и всей противотуберкулезной службы области в целом, является улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, снижение заболеваемости среди детского и подросткового населения, профилактика возникновения новых случаев и укрепление здоровья ослабленных детей и подростков из очагов туберкулеза, своевременное выявление и лечение туберкулеза и сопутствующей патологии у детей, поступающих в санаторий.

Цель исследования: изучить особенности инфицирования микобактериями туберкулеза у детей из очагов туберкулезной инфекции.

Методы исследования: Было обследовано 299 ребенка в возрасте от 3 до 17 лет за 2012 г., из третьей группы диспансерного учета, находившихся на лечении и оздоровлении в Актюбинском областном детском костно-туберкулёзном санатории «Чайка». Наблюдаемый контингент детей был разделен на две группы А и Б:

Группа А – 125 детей, из контакта с больными активным ТБ легких с бактериовыделением. Чаще всего наблюдался контакт у этих детей с родителями (50%), с родственниками (9%) и с соседями по квартире (1%).

Группа Б – 174 детей из контакта с больными активным ТБ легких без бактериовыделения.

Результаты исследования

В 2012 году, от общего числа выписанных детей преобладали случаи инфицирования микобактериями ТБ: контактные из очагов ТБ - 55,5% (2011г-49,3%), вираж туберкулиновой пробы - 22,3% (2011г.-21,9%). Основной причиной инфицирования детей с последующим развитием заболевания, является высокая заболеваемость ТБ среди взрослого населения. Для снижения заболеваемости у детей необходимо своевременное выявление больных взрослых, своевременная изоляция детей от бактериовыделителей, учет не только семейного, но и не семейного контакта. Анализ возрастного состава детей показывает, что ТБ

стал чаще выявляться у детей в возрасте 10-14 лет, тогда как в предыдущие годы превалировал возраст 5-9 лет.

В противотуберкулезном санатории контакт с туберкулезными больными выявлен у 55,5% (2011г. - 49,3%) детей. Социальные факторы риска (неблагополучные социально-бытовые условия в малообеспеченных семьях; дети из интернатов, дети-мигранты) выявлены у 72% детей, поступающих в санаторий из группы риска. (1,2%). В основном риску инфицирования и заболевания ТБ подвергаются дети из групп риска, главным образом, дети, часто болеющие простудными заболеваниями.

Медико-биологические факторы риска (низкое качество иммунизации, туберкулинодиагностики) распределились следующим образом: вираж туберкулиновой пробы совпал с выявлением ТБ у 40% детей; более трети ранее инфицированных ТБ детей своевременно не получили химиопрофилактику.

Из числа инфицированных детей, находившихся на оздоровлении в санатории за 2011 год, после полного обследования у 8 детей была выявлена локальная форма ТБ и у троих детей в 2012 году.

Выявлены следующие нозологические формы туберкулеза: туберкулез внутригрудных лимфоузлов: 1 случай в 2012 г. (6 - 2011г.); первичный туберкулезный комплекс: 1 в 2012 г. (2 - 2011г.); экссудативный плеврит: 1 в 2012 г. (0 - 2011г.).

Эти дети поступили с третьей группы ДУ, что составляет 3,7%. В основном локальная форма выявлена у детей, поступивших в санаторий на оздоровление из туб. очагов. Из них с диагнозом туб. контакт с МБТ (+) - 2 в 2012 году (5-2011г.); туб. контакт с МБТ (-). Гиперергическая реакция 1 в 2012 году (3-2011г.).

Всем инфицированным детям проводилось обследование (рентгенограмма, томограмма. общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.), впервые инфицированным микобактерией ТБ (вираж) и с туберкулезной гиперергической реакцией было проведено химиопрофилактическое лечение. В течение 2012 года 98,6% детей завершили полный курс химиопрофилактики.

В период пребывания детей в условиях санатория, уделяется должное внимание выявлению сопутствующей патологии, среди которой наиболее распространенными являются анемия и кариес.

За отчетный период достигнуты хорошие показатели эффективности лечения указанных состояний. Так, при анемии процент оздоровления составил 86,6%, санация полости завершена у 100% детей.

Помимо основного медикаментозного лечения, пациентам в период пребывания в санатории, применяют вспомогательные методы лечения и оздоровления.

Заключение

Большинство детей инфицируются МБТ еще до выявления у них тесного контакта с больными ТБ родителями или родственниками. Опасность заболевания возрастает у детей из семейных очагов туберкулеза, в которых

больна мать или два члена семьи и более (обычно близкие родственники) или регистрировались случаи смерти от ТБ. Высока роль семейной экзогенной инфекции в развитии ТБ, вызванного у детей и подростков устойчивыми к лекарствам штаммами МБТ. Это подтверждает высокую контагиозность и агрессивность семейной туберкулезной инфекции. Отрицательные социальные факторы следует считать прогностическими признаками эпидемической напряженности, так как именно в таких семьях увеличивается риск распространенности внутрисемейной инфекции. Дети в таких очагах в течение 3-4 лет после виража туберкулиновых проб имеют высокую опасность развития заболевания и особенно нуждаются в наблюдении и проведении профилактических оздоровительных мероприятий. Контролируемое профилактическое лечение (ХП и превентивное лечение) в условиях детских учреждений более эффективно и уменьшает риск заболевания в 3 раза.

Установленные факты требуют более активной работы по раннему и своевременному выявлению туберкулеза у взрослого населения, изоляции больных, выделяющих МБТ, до прекращения бактериовыделения.

Литература

1. Шолатаева Р.К. Значение семейных и внесемейных контактов в заболевании детей туберкулезом //Сб. науч. тр. к шестому съезду фтизиатров Республики Казахстан с международным участием. -Алматы 2010. – С.175 -178.
2. Овсянкина Е.С., Захарова Е.Н., Куфакова Г. А. и др. // Пробл. туб.- 2009. - № 1. – С. 9-13.
3. Наубетьярова А.Н. и др. //Фтизиопульмонология. -2005.- №2(8).- С.26 -27.
4. Аксенова В.А. //Пробл. туб. -2002. -№ 1 – С. 6-9.
5. Болотникова В.А., Явовский К.М., Емельянов О.С. и др. //Туберкулез сегодня:Материалы VII Росс. съезда фтизиатров.- М., 2003- С. 166.
6. Кривошеева Ж.И. //Туберкулез сегодня: Материалы VII Росс. съезда фтизиатров.- М., 2003. – С. 141.
7. Новикова Н.М., Силайкина С.Т. // Пробл. туб. – 2003. - № 2. – С. 17-18.
8. Тхабисимова И.К. // Пробл. туб. – 2004. - № 1. – С. 11-13
9. Перельман М.И. //Туберкулез и болезни легких.- 2011.- № 1.- С. 24-28.

Тұжырым

Туберкулездің алдын алу шипажайларында балалардың асқынған түрі туберкулезбен және региондардан нашар эпидемиология, экологиялық жағдай кешенді сауықтыру, химиосақтандыру балалардың сауығының негізі кешенді шаралар өткізуде де және балалардың денсаулығын нығайту, денешынықтыру, мамандарды емдеуге қамту, климатотерапия, диетотерапия, жалпы сауықтыру сылауы, ЛФК, балалардың жеке гигиенасын дағдыландыруға шипажай қызметкерлері жүйелі түрде бақылауға алып, орындату.

Резюме

В очагах туберкулезной инфекции, где наибольший риск заражения и заболевания туберкулезом, частота инфицирования у детей и подростков имеет тесную прямую зависимость от распространенности туберкулеза, наличия бактериовыделения у источника инфекции и от сроков диагностики заболевания взрослых. Назначение своевременного, трехмесячного химиопрофилактического лечения в условиях санатория является эффективной мерой для предупреждения заболевания туберкулезом среди инфицированных микобактериями туберкулеза. Контролируемое химиопрофилактическое лечение способствует снижению уровня туберкулиновой чувствительности у детей из очагов туберкулезной инфекции.

Summary

Thus, in areas of TB infection, where the highest risk of contracting TB, the rate of infection in children and adolescents has a close-direct dependence on the prevalence of tuberculosis, bacterial isolation in the presence of a source of infection and the date of diagnosis of a disease of adults. Timely administration, the three-month chemopreventive treatment in a sanatorium is an effective measure for the prevention of tuberculosis in those infected with *Mycobacterium tuberculosis*. Controlled chemopreventive treatment reduces the level of tuberculin sensitivity in children from the centers of tuberculosis infection.

УДК: 616-002.5:579.252.55]-08 (574/5)

Некоторые экономические аспекты лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Южно-Казахстанской области

Маймаков Т.А., Садыкова Л.А.

*Высшая школа общественного здравоохранения
Сайрамский противотуберкулезный диспансер ЮКО*

Ключевые слова: туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, лечение, затраты на лечение одного пациента, фармакоэкономический анализ

Казахстан характеризуется высоким уровнем заболеваемости туберкулезом и высоким уровнем МЛУ ТБ в мире. С распадом Советского Союза и ухудшением экономической ситуации в 1990-х годах ухудшилось и финансирование систем здравоохранения во всех бывших Советских Республиках, включая и Казахстан. Это, в свою очередь, первоначально привело к резкому повышению уровня заболеваемости туберкулезом во всех регионах Казахстана. Только после улучшения экономической ситуации в стране правительство смогло увеличить финансирование системы здравоохранения. Однако, несмотря на это, наблюдается парадокс ситуации – произошел скачок количества больных туберкулезом резистентных к различным антибиотикам. Не исключено, что это произошло благодаря улучшению диагностики и расширению охвата целевой группы медицинской помощью [1].

Лечение пациентов с МЛУ ТБ значительно дороже, чем лечение больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом. Во многих странах можно также встретить описание случаев туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ), одной из тяжелых форм МЛУ ТБ, при которой, кроме устойчивости к основным противотуберкулезным препаратам, возникает устойчивость микобактерий туберкулеза к препаратам резервного ряда.

Длительное течение заболевания и более сложные схемы лечения не только повышают его стоимость, но

и впоследствии приводят к значительным финансовым потерям как в семьях больных в частности, так и в обществе в целом. Следуя мнению экспертов, общее бремя от резистентности к антибиотикам в странах Европейского региона составляет около 1,5 миллиона евро в год.

Целью исследования явился расчет затрат на антибиотикотерапию при лечении больных с множественной лекарственной устойчивостью в Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы исследования

Пациенты были госпитализированы в Противотуберкулезный диспансер Сайрамского района Южно-Казахстанской области в период с 2008 по 2011 годы. Выкопировка данных была произведена ретроспективно. В общей сложности было отобрано 502 истории болезни. Статистическая обработка данных была произведена с помощью программы «SPSS for Windows 19.0».

Результаты

Перед началом химиотерапии у больных была определена резистентность к противотуберкулезным препаратам. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ ТБ) - одновременная устойчивость к двум основным противотуберкулезным препаратам к изониазиду (H), рифампицину (R), была зафиксирована у 86,9% пациентов. Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ ТБ), вид множественной лекарственной устойчивости, при которой зафиксирована устойчивость к препаратам резервного ряда, также пре-

валировала у наших пациентов и составила 80,5%. В общем, была исследована чувствительность к 13 антибиотикам. Среди пациентов 43,8% имели резистентность к 4 препаратам, 38% - к 3 противотуберкулезным средствам, 14,1% - к 2 антибиотикам, и менее 5% от общего числа составили оставшиеся пациенты.

Исследуемые пациенты в основном были пролечены с использованием препаратов резервного ряда, из них преобладало использование циклосерина (90,8%), протиионамида (87,3%), капреомицина (66,7%), и офлоксацина (66,7%).

Был проведен фармакоэкономический анализ, относительно затрат на антибиотикотерапию (Таблица 1). Было обнаружено, что более чем половина затрат на антибиотики была связана с лечением капреомицином (58%). Другие противотуберкулезные препараты составили существенную часть от общих издержек на антибиотикотерапию, в эту группу вошли циклосерин (12%), левофлоксацин (9%) и пара-аминосалициловая кислота (9%). Все другие антибиотики оказали незначительное влияние на общие затраты – из-за низкой стоимости пре-

паратов и/или из-за небольшого количества пациентов, пролеченных остальными противотуберкулезными средствами.

Анализ данных о чувствительности, полученных в ходе фармакоэкономического исследования, выявил, что среди анализируемых факторов только бактериовыделение при поступлении было связано с существенными затратами на различные противотуберкулезные препараты (Таблица 2). В случаях позитивной микроскопии расходы на антибиотики были в 3 раза выше по сравнению с лечением больных с негативными результатами микроскопии ($p < 0,001$). Кроме этого, было обнаружено, что женский пол, проживание в сельской местности, и неблагоприятные результаты анализа крови были связаны с большими затратами на противотуберкулезные препараты, однако эта разница была не существенна ($p > 0,05$).

Выводы

Затраты на лечение пациентов с лекарственной устойчивостью значительно выше, чем лечение чувствительных форм туберкулеза. Так, замена только двух основных противотуберкулезных препаратов – изониазида

Таблица 1 - Общие затраты на антибиотики при противотуберкулезном лечении

| Антибиотик | Затраты на лечение одного пациента, тенге | Общие затраты | |
|-----------------------------|---|---------------|---------|
| | | Тенге | Процент |
| Amikacin | 7219 | 902404 | 1,0% |
| Amoxicillin | 5158 | 51575 | 0,1% |
| Capreomycin | 162429 | 54 576123 | 57,9% |
| Clarithromycin | 30210 | 120841 | 0,1% |
| Cycloserine | 24185 | 11 028342 | 11,7% |
| Ethambutol | 865 | 84754 | 0,1% |
| Isoniazid | 207 | 7454 | 0,0% |
| Kanamycin | 1490 | 19373 | 0,0% |
| Levofloxacin | 40402 | 8 605564 | 9,1% |
| Moxifloxacin | 22331 | 223306 | 0,2% |
| Ofloxacin | 6777 | 2 270129 | 2,4% |
| Para-aminosalicylic acid | 27452 | 8 317864 | 8,8% |
| Para-aminosalicylic acid 3% | 29837 | 6 056873 | 6,4% |
| Protionamid | 2649 | 1 160128 | 1,2% |
| Pyrazinamide | 1657 | 618187 | 0,7% |
| Rifampicin | 1188 | 48694 | 0,1% |
| Streptomycin | 18838 | 94192 | 0,1% |
| Итого | 187621 | 94185803 | 100,0% |

Таблица 2 - Затраты на антибиотикотерапию больных туберкулезом: анализ чувствительности

| Фактор | Критерии | Средние затраты, тенге | P |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|--------|
| Пол | женский | 251652 | 0,141 |
| | мужской | 153952 | |
| Местожительство | город | 160923 | 0,251 |
| | село | 215184 | |
| Госпитализация | впервые | 192460 | 0,364 |
| | повторно | 95291 | |
| СОЭ при поступлении | ≤15mm/h | 177022 | 0,614 |
| | >15 mm/h | 200670 | |
| ОАК при поступлении: лейкоциты | ≤ 9410 ⁹ /L | 179671 | 0,510 |
| | >9410 ⁹ /L | 217322 | |
| ОАК при поступлении: лимфоциты | ≤ 40% | 187723 | 0,989 |
| | >40% | 186533 | |
| Микроскопия мокроты при поступлении | позитивный | 255 160 | <0,001 |
| | негативный | 89772 | |

и рифампицина, при определении устойчивости к ним, значительно повышает стоимость лечения туберкулеза. Результаты исследования показали, что основная часть пациентов была пролечена препаратами резервного ряда. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ ТБ) была зафиксирована у 86,9% пациентов, широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ ТБ) - у 80,5%. Исследуемые пациенты в основном были пролечены с использованием препаратов резервного ряда, из них преобладало использование циклосерина (90,8%), протинамида (87,3%), капреомицина (66,7%), и офлоксацина (66,7%). Фармакоэкономический анализ показал, что более чем половина затрат на антибиотики была связана с лечением капреомицином (58%). Анализ чувствительности показал, что при позитивной микроскопии мокроты расходы на антибиотики были в 3 раза выше, чем при лечении больных с негативными результатами микроскопии ($p < 0,001$).

Литература

1. Terlikbayeva A, Hermosilla S, Galea et and. //Int J Tuberc Lung Dis.- 2012.-16(5).-P.615-617.

Тұжырым

Мақалада Оңтүстік – Қазақстан облысының Сайрам ауданының ТҚД 2008-2011 жылдар

аралығындағы туберкулездің көп дәріге төзімді түріне шалдыққан науқастарын емдеудегі шығындардың фармаэкономикалық мәліметтері келтіріліген. Бір науқасты емдеуде жұмсалынған кезекті қатардағы әр түрлі туберкулезге қарсы препараттардың шығыны есептеліп, осы өзгеріске әсер етуші факторлар анықталған.

Резюме

В статье представлены данные фармакоэкономического анализа по затратам на лечение больных с множественной лекарственной устойчивостью изПТД Сайрамского района Южно-Казakhstanской области за период с 2008 по 2011гг. Просчитаны затраты на лечение одного больного различными противотуберкулезными препаратами резервного ряда с выявлением факторов, влияющих на эту переменную.

Summary

In this paper there are presented the data of pharmacological and economical analysis of expenditure for treatment of patients with MDR TB from TB Dispensary of Sayram rayon of South Kazakhstan oblast during 2008-2011. There were summarized the expenses for treatment per patient with anti-TB drugs of the second line and determination of factors influencing on this variable.

Проблемы туберкулеза среди студентов

*Ракишева А.С., Измайлова С.Х., Дуйсебаева Г.А., Репина Ю.В.,
Бижигитова Б.Б., Трубачев В., Хайитова М.*

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Ключевые слова: студенты ВУЗов, заболеваемость ТБ, факторы риска, диагностика ТБ

Эффективное выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий позволило стабилизировать эпидемиологическую обстановку в стране [1]. В современных условиях большое значение приобретает выявление среди населения отдельных социальных и возрастных групп с повышенным риском заболевания туберкулезом [2, 3, 4]. Это в полной мере относится к студентам средних и высших учебных заведений, так как одной из проблем отечественной фтизиатрии является проблема высокой заболеваемости туберкулезом студенческой молодежи. Студенты ВУЗов представляют собой группу взрослого населения, объединенную возрастными пределами, определенными условиями быта и уровня интеллектуального развития. Обучаясь в ВУЗе, студент адаптируется к комплексу факторов климатогеографического, бытового, финансового характера, а также к ускоренному темпу и ритму жизни и освоения информации. Все это требует значительного напряжения нервно-психических процессов, активной перестройки деятельности функциональных систем в некоторых случаях, приводит к снижению защитных сил организма.

Целью исследования явилось изучение эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди студентов медицинского ВУЗа.

Изучение распространенности туберкулеза начинается с анализа инфицированности. Как известно, инфицированность микобактериями туберкулеза отражает распространенность туберкулеза. На кафедре фтизиопульмонологии в течение ряда лет, при отработке практических навыков по туберкулинодиагностике, проводилась студентам проба Манту 2 ТЕ, в последние годы в силу ряда объективных причин нет такой возможности. Нами проанализированы данные прошлых и последних лет об инфицированности студентов 5-6 курсов, обучавшихся на цикле фтизиатрии. Полученные результаты свидетельствуют о достоверном увеличении инфицированности с 72,3±3,2% в 1998 г. до 83,7±2,8 в 2010 году ($P < 0,05$). При этом средний размер папулы увеличился с 9,7 до 12,5 мм.

Заболеваемость студентов города Алматы имеет тенденцию к снижению, однако превышает республиканский показатель (111,1 на 100 тыс. населения), при этом заболеваемость студентов медиков остается высокой в течение ряда лет.

Все заболевшие туберкулезом студенты были приезжими, при этом из южных областей республики – 81,9% (Южно-Казахстанская - 27,3%, Кызылординская – 27,3%, Алматинская - 18,2%, Жамбылская – 9,1%), из Восточно-Казахстанской – 9,1%, Индии – 9,1%.

Из числа приезжих студентов – 54,5% проживали на съемных квартирах и в частном секторе, 27,3% из них жили у родственников, 18,2% - в общежитии.

Основным методом выявления туберкулеза среди студентов является профилактическая флюорография – 63,6% (в предыдущем году – 76,3%), между тем, каждый третий студент выявляется при обращении к врачу (36,4%) и является бактериовыделителем (37,5%), что свидетельствует о необходимости проведения санитарно-просветительной работы по раннему обращению заболевших к врачу и своевременному выявлению инфекционного процесса.

В структуре клинических форм туберкулеза среди студентов преобладает инфильтративный туберкулез легких – 87,5%, экссудативный плеврит – 6,2%, туберкулома – 6,2%.

При распределении больных туберкулезом студентов в зависимости от курса обучения оказалось, что чаще заболевают студенты 2 курса (25%), 3 курса (25%) и 5 курса (18,8%). Гендерное распределение показало, что в 56,2% это были девушки (43,8% - парни).

Данные проведенного анкетирования показали, что материальный достаток заболевших студентов оказался низким. Так, ежемесячный доход составил от 5 до 18 000тг у 81,9% человек.

Факторами риска развития туберкулеза среди студенческой молодежи явились: проживание на съемной квартире, в общежитии, у родственников (100%), низкий материальный достаток (81,9%), неудовлетворительное питание (фаст-фуд, прием горячей пищи 1 раз в день), частые простудные заболевания (71%). Каждый третий заболевший студент совмещал учебу с работой. Основным методом выявления туберкулеза среди студентов остается флюорографическое обследование, однако следует помнить, что каждый третий студент - бактериовыделитель выявляется при обращении к врачу с жалобами, что должно повысить настороженность и внимание врачей общей сети в отношении раннего выявления туберкулеза среди студентов. Нельзя забывать и то, что студенты-медики, в отличие, от остальной студенческой молодежи, проходят практические занятия на разных клинических базах, что не исключает риск инфицирования различной микробной флорой.

Выводы

Проблема туберкулеза среди студенческой молодежи остается актуальной, так как наблюдается высокая инфицированность и заболеваемость студентов туберкулезом;

Основным методом выявления остается флюорографическое обследование, однако каждый третий сту-

дент – бактериовыделитель выявляется при обращении к врачу с жалобами, что должно повысить настороженность и внимание врачей общей сети в отношении раннего выявления туберкулеза среди студентов;

Заболевают туберкулезом приезжие студенты, проживающие на съемных квартирах, у родственников, в общежитиях, с низким материальным достатком, неудовлетворительным питанием, часто болеющие, при этом развитию заболевания способствуют психоэмоциональные перегрузки, нерационально организованный режим учебы и отдыха, большая напряженность нервной системы;

Студенты высших медицинских учреждений представляют собой самостоятельную группу риска заболевания туберкулезом и нуждаются в дополнительной социальной защите.

Литература

1. Абилдаев Т.Ш. // Фтизиопульмонология. - 2011. № 2(19). – С.6-9.
2. Поздеева Н.В. Инфицированность и выявление туберкулеза у студентов учебных медицинских учреждений за годы обучения: Автореф. дис.канд.- М., 2007.-32с.
3. Федорова С.В. Разработка и реализация новых подходов к противотуберкулезной работе среди студентов высших учебных заведений города Бишкека: Автореф. дис.канд.- Бишкек, 2008.-26с.
4. Жаксылыкова Н.Т., Набокова И.П., Раимова Г.Д. и др. Фтизиопульмонология. - 2008.-№ 1(13). – С.33-34.

Тұжырым

Зерттеу нәтижесі бойынша, қазіргі таңда студент жастар арасында өзекті мәселе туберкулез. Жиі ауыратындар қанағаттанғысыз тағамдар, тұрмыс денгейі төмен отбасылар, жатақханада, туыстарында, пәтер жалдап тұратындар, жан жақтан келген студенттер, туберкулезбен ауыратындар және жұқтыру жоғары бақылауда. Ескерсек әр үшінші студент дәрігерге тексерілу кезінде

туберкулез ауырының анықталуы, соған байланысты БМСК дәрігерлері көңіл бөлу қажет туберкулездің жоғарлауы студенттер арасында жиі кездесуі. Жоғарғы медицина мекемелерінде студенттердің арасында өз беттерінше туберкулезбен ауыратын қатер топ кездеседі оларға қосымша әлеуметтік қорғау қажет.

Резюме

Результаты исследования показали, что проблема туберкулеза среди студенческой молодежи сегодня остается актуальной. Наблюдается высокая инфицированность и заболеваемость студентов туберкулезом, при этом болеют чаще приезжие студенты, проживающие на съемных квартирах, у родственников, в общежитиях, с низким материальным достатком, неудовлетворительным питанием, часто болеющие. Учитывая, что каждый третий студент выявляется при обращении к врачу, необходимо повысить настороженность врачей ПМСП в отношении раннего выявления туберкулеза среди студентов. Студенты высших медицинских учреждений представляют собой самостоятельную группу риска заболевания туберкулезом и нуждаются в дополнительной социальной защите.

Summary

The results showed that the problem of tuberculosis among students is very important. Tuberculosis infection and incidence among students is high, at this the students from other places of residence living in rented lodgings, or with relatives or in hostels which have the poor living conditions and feeding and repeated diseases are suffering from TB more frequently. Taking into account that each third student are revealed at addressing to a physician it is necessary to enhance the vigilance of the specialists of PCH network towards to the earlier detection of tuberculosis among students. The students of high medical institutions present the special risk group of TB disease development and are needed in social protection.

УДК: 616-002-036.87

О некоторых вопросах изучения частоты рецидивов туберкулеза легких и путей их предупреждения

Скребцов Б.А., Култасова С.С., Ержанов О.Ш., Ахмедов В.У.
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия.
Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент

Ключевые слова: туберкулез, интенсивный показатель заболеваемости, рецидивы туберкулеза, диспансерное наблюдение

Введение

Известно, что неактивные туберкулезные изменения в легких являются довольно частым источником рецидива легочного туберкулезного процесса. В послед-

ние годы проблема рецидивов туберкулеза и их профилактики в Республике Казахстан заняла важное место в эпидемиологии туберкулеза и стала одним из актуальных вопросов борьбы с ним. В последние годы на фоне снижения заболеваемости туберкулезом частота рецидивов имеет тенденцию к повышению [1, 2].

Удельный вес рецидивов в структуре зарегистрированных новых случаев туберкулеза по республике возрос

Таблица 1 - Интенсивный показатель заболеваемости и рецидивов туберкулеза легких у взрослых за 2008-2012г.г.

| Год | Заболеваемость | Рецидивы |
|------------------------------------|----------------|----------|
| 2008 | 91,8 | 29,6 |
| 2009 | 86,8 | 28,4 |
| 2010 | 86,4 | 36,5 |
| 2011 | 74,7 | 31,2 |
| 2012 | 71,8 | 36,9 |
| Коэффициент снижения или роста (%) | <19,8 | >24,6 |

с 10,8 в 2008г. до 16,3 в 2012г. [3]. В Южно- Казахстанской области темпы роста за эти годы еще более выражены – с 11,9% до 19,2%.

Целью исследования явилась сравнительная оценка частоты и особенностей рецидивов туберкулеза легких у взрослых, имеющих эпидемиологическое и клиническое значение.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели нами проанализированы данные статистической отчетности о рецидивах туберкулеза легких, выявленных диспансерами Южно-Казахстанской области за период 2008-2012г.г., а также использованы статистические обзоры в Республике Казахстан за этот период.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты исследования показали, что на фоне выраженного в последние годы снижения заболеваемости легких у взрослых частота рецидивов среди выявленных больных имеет тенденцию к повышению (табл.1.)

Из таблицы 1 видно, что заболеваемость туберкулезом снизилась с 91,8 до 71,8 или на 19,8%, в то время как частота рецидивов возросла с 29,6 до 36,9, т.е. на 24,6%. Темпы снижения заболеваемости превышают частоту роста рецидивов в 1,3 раза.

Рост рецидивов туберкулеза на фоне снижения заболеваемости привел к повышению относительного числа рецидивов среди всех выявленных больных туберкулезом легких за эти годы с 10,3% до 19,2%. Частота рецидивов среди выявленных больных бацилловыделителей возросла с 49,8% до 69,8%. В 2012г. отмечен высокий уровень туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) среди бациллярных рецидивов – 66,7%. Это указывает на то, что рецидивы обычно регистриру-

ются при наличии более выраженных явлений процесса.

Доля рецидивов в IV группе диспансерного наблюдения (хроники) в 2012 г. занимала 55,6%, т.е., более половины, а в смертности и того более – 62%. В этой связи возникает необходимость улучшения организации наблюдения над снятыми с учета больными с выраженными остаточными изменениями в легких после клинического излечения.

Во-первых, они не находятся под регулярным наблюдением фтизиатров. Во-вторых, сегодня директивными документами четко не определена система передачи данных лиц врачами общей сети для взятия их в группу повышенного риска заболевания туберкулезом, в связи с чем немалая часть их выпадает из-под врачебного контроля.

Так, в 2012 г. из общего числа больных с рецидивами легочного туберкулеза из группы риска в области активно флюорографически выявлено 192 больных (23,2%), остальные 637 (76,8%) взяты на учет по самообращаемости, при этом методом бактериоскопии рецидив был установлен всего у 89 (14%) больных.

Сравнительный анализ клинической структуры рецидивов из состоящих на учете в группах риска и случаев рецидива, взятых по самообращаемости, отражен в таблице 2.

Из таблицы 2 следует, что среди больных с рецидивами, установленными по обращаемости, значительно тяжелее клиническая структура заболевания в сравнении с рецидивами активно выявленными из группы риска – в 1,7 раза у них чаще регистрируются фиброзно-кавернозные, в 3 раза чаще деструктивные (87,1%) и в 2,9 раза чаще - бациллярные формы туберкулеза (73,8%). Это выше удельного веса больных с распадом (36,9%) и бацилловыделителей (42%).

Таблица 2 - Клиническая характеристика туберкулеза при рецидивах из группы риска и рецидивов, выявленных по обращаемости в 2012г.

| Клинические формы | Рецидивы из группы риска | | Рецидивы по обращаемости | |
|----------------------|--------------------------|------|--------------------------|------|
| | Абс.ч. | % | Абс.ч. | % |
| Диссеминированный | 5 | 2,6 | 11 | 1,9 |
| Очаговый | - | - | - | - |
| Инфильтративный | 176 | 91,7 | 534 | 88,2 |
| Фиброзно-кавернозный | 11 | 5,7 | 60 | 9,9 |
| Всего: | 192 | 100 | 605 | 100 |
| Их них с деструкцией | 53 | 28,6 | 527 | 87,1 |
| С бактериовыделением | 48 | 25,0 | 447 | 73,8 |

Таблица 3 - Частота и сроки возникновения рецидивов

| Количество рецидивов | | Сроки | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------|---------|------|-------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|---------------------|-----|
| А.ч. | % | До года | | Через 1 год | | Через 2 года | | Через 3 года | | Через 4 года | | Через 5 лет и более | |
| | | А.ч. | % | А.ч. | % | А.ч. | % | А.ч. | % | А.ч. | % | А.ч. | % |
| 380 | 45,8 | 107 | 12,9 | 170 | 20,5 | 103 | 12,4 | - | - | - | - | - | - |
| 376 | 45,4 | | | | | | | 175 | 21,1 | 201 | 24,3 | | |
| 73 | 8,8 | | | | | | | | | | | 73 | 8,8 |
| 829 | 100 | 107 | 12,9 | 170 | 20,5 | 170 | 20,5 | 175 | 21,1 | 201 | 24,3 | 73 | 8,8 |

Распределение больных по срокам возникновения рецидивов в 2012 г. представлено в таблице 3.

Данные таблицы 3 показывают, что почти у половины больных 380 (45,8%) рецидив туберкулезного процесса возник в первые 1-2 года после завершения лечения по программе DOTS, у 175 (21,1%) – через 3 года, у 201 (24,3%) – через 4 года и только у 73 (8,8%) – через 5 лет и более. Отмеченные сроки повторного заболевания показывают, что частота рецидивов обратно пропорциональна сроку окончания лечения. т.е. чем меньше прошло времени с момента завершения лечения, тем выше частота рецидивов. Средняя продолжительность интервала между излечением и рецидивом составила 3,7 года.

Распределение по полу больных с рецидивами туберкулеза легких (мужчин 67%, женщин 33 %) указывает на преобладание числа мужчин, что соответствует данным других авторов [4].

При распределении больных рецидивным туберкулезом по возрасту наибольшее число составили лица в возрасте 35-44 лет - 20,6% и в возрасте 45-54 года - 22,7%. В возрастной группе 25-34 преобладали женщины - на 6,8%. Многие авторы отмечают этот возраст как наиболее уязвимый для обострения туберкулеза среди женщин.

Результаты проведенного анализа позволяют сделать вывод, что с целью своевременного выявления больных с рецидивами заболевания туберкулезом, следует лиц с выраженными посттуберкулезными изменениями после клинического излечения оставлять под диспансерным наблюдением при противотуберкулезных диспансерах, как это было в советское время. Проводить им обязательное двухкратное флюорографическое обследование ежегодно. Имеется необходимость организации санаториев для лиц, излеченных от туберкулеза с большими метатуберкулезными изменениями и, в первую очередь, имеющих сопутствующие хронические заболевания.

Литература

1. Ильина Т.Я., Жангиреев А.А., Сидоренко Н.А. Абациллярные рецидивы туберкулеза органов дыхания // Пробл. туб. и болезней легких. - 2004.-№2.-С.-33-35.
2. Мясникова Г.А. Причины возникновения рецидивов туберкулеза легких у больных с распространенными

процессами и совершенствование методов их лечения: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Алматы, 2006-24с.

3. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. - Алматы, 2008-24с.
4. Максимова О.Н. Особенности развития и течения рецидивов туберкулеза легких: Автореф. Дис.... канд. мед. наук. - М., 2004.-24с.

Тұжырым

Мақалада 2008-2012 жылдар аралығында ересектер арасындағы өкпе туберкулезінің қайталануы жөнінде сараптама жасалынды. Туберкулездің аурушандығының төмендеуі барысында дерттің қайталануы жоғарлауда. Көрсетілген кезеңінде туберкулездің қайталануы интенсивті көрсеткіште 29,6 -дан 36,9-ға дейін өскен. Ал үлесі салмағы 10,3% дан 19,2% дейін көтерілген. Қайталанудың кеш анықталуы себебтері анықталды. Оларды алдын алу және уақытылы анықтау бойынша нұсқаулықтар берілді.

Резюме

В статье представлен анализ частоты рецидивов туберкулеза легких у взрослых за период с 2008 по 2012г.г. На фоне выраженного снижения заболеваемости туберкулезом частота рецидивов имеет выраженную тенденцию к ежегодному нарастанию. За указанный период она возросла в интенсивных показателях с 29,6 до 36,9. Рост рецидивов привел к повышению относительного числа рецидивов среди всех выявленных больных с 10,3% до 19,2%. Вскрыты причины поздней диагностики. Даны рекомендации по профилактике и своевременной диагностике повторных заболеваний туберкулезом.

Summary

In the article the analysis of frequency of TB is presented for adults for period from 2008 to 2012 against a background of the expressed decline of morbidity has the expressed tendency of frequency of relapses annually. For indicated period it increased in intensive indexes from 29,6 to 36,9. The proportion of relapses resulted from increase of relative number of relapses among all patients from 10,3% to 19,2% by reasons of late diagnostics. Given recommendation is given or prophylaxis and timely diagnostics of the repeated cases of tuberculosis.

УДК: 616-002.5:579.252.55(574.5)

Клиническая характеристика больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в Южно-Казахстанской области

Маймаков Т.А., Садыкова Л.А.

Высшая школа общественного здравоохранения
Сайрамский противотуберкулезный диспансер, ЮКО

Ключевые слова: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, диагноз, клиническая форма, логистический регрессионный анализ лучших исходов лечения ТБ

Несмотря на значительные усилия властей, улучшение системы здравоохранения Казахстана и финансирования противотуберкулезной службы, проблема заболеваемости туберкулезом в стране не исчезла, а, наоборот, стала еще более остро перед государством. В значительной степени это явление наблюдается из-за широкого распространения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к основным противотуберкулезным препаратам, т.е. увеличения числа случаев МЛУ ТБ [1, 2, 3]. Эта проблема характерна для многих регионов Казахстана. В частности, к ним относится Южно-Казахстанский регион, где зафиксирована высокая заболеваемость туберкулезом, сопровождающаяся быстрым ростом числа новых случаев диагностированного туберкулеза, устойчивого к основным противотуберкулезным препаратам.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью привлекает внимание врачей и исследователей с конца 70-х и начала 80-х годов XX века. С одной стороны, быстрое и угрожающее его распространение по миру подталкивает исследователей на поиск новых эффективных антибиотиков для лечения данной формы туберкулеза, а, с другой стороны, к разработке и использованию новых стратегий и форм лечения туберкулеза.

Целью исследования явилось изучение основных клинических характеристик больных МЛУ ТБ в Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы исследования

Изучались пациенты, которые были госпитализированы в противотуберкулезный диспансер Сайрамского района Южно-Казахстанской области в период с 2008 по 2011 годы. Выкопировка данных была произведена ретроспективно. В общей сложности было отобрано 502 истории болезни. Среди пролеченных пациентов 65,5% были мужчины. Средний возраст пациентов - $38,3 \pm 12,9$ года, средний рост пациентов составил $167,6 \pm 8,98$ см, вес - $58,2 \pm 11,97$ кг. Большинство пациентов (95%) были госпитализированы для проведения противотуберкулезного лечения впервые в отчетном периоде. 50,8% пациентов проживали в городе, 49,2% являлись жителями села.

Статистическая обработка данных была произведена с помощью программы «SPSS for Windows 19.0». В описательном анализе для вычисления категориальных переменных были подсчитаны процентные соотношения, а для непрерывных переменных вычислено среднее значение \pm стандартное отклонение (SD). Сравнение подгрупп было выполнено с использованием хи-квадрат теста. Прогностический потенциал возможных предикторов был вычислен с использованием бинарного логистического регрессионного моделирования (одномерного).

Результаты

Анализ клинических индикаторов показал, что 23,5% пациентов имели ранее контакт с больными, 4,2% пациентов перенесли хирургическое вмешательство. При поступлении в госпиталь 59,2% пациентов имели позитивный тест микроскопии на наличие *Mycobacterium tuberculosis*, который снизился на 11,8% при выписке ($p < 0,001$). Относительно распространенности туберкулезного процесса, почти у половины пациентов отмечалось поражение обоих легких, более чем у одной третьей части пациентов наблюдалось поражение одной доли легкого (рис. 1).

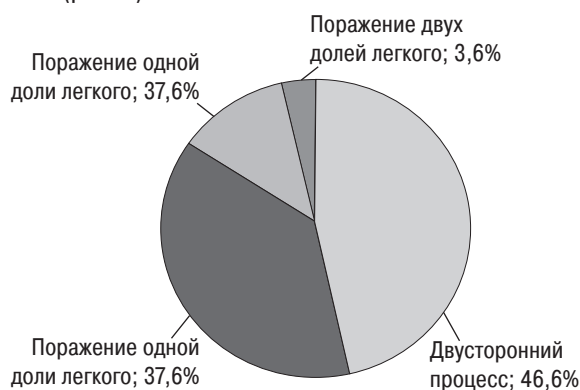


Рисунок 1 - Распределение пациентов по распространенности туберкулезного процесса

Дальнейший анализ показал, что среди пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом преобладали лица с инфильтративным туберкулезом - 67,3% и фиброзно-кавернозным туберкулезом - 27,3%, диссеминированная форма туберкулеза и другие формы туберкулеза распределились по 2,2% и 3,2% соответственно.

Улучшение состояния после лечения было отмечено у 85,4% пациентов. Позитивная рентгенологическая динамика наблюдалась почти у половины пациентов - 45,2%, без изменения - 48,2% или не имели никаких изменений на рентгенограммах - 6,6% (рис. 2).

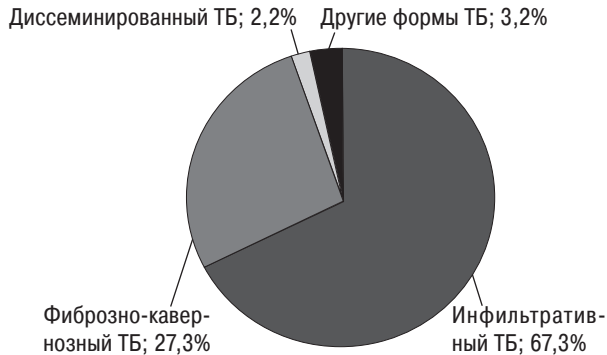


Рисунок 2 - Распространенность лекарственно-устойчивого туберкулеза по формам

Перед началом химиотерапии у больных была определена резистентность к противотуберкулезным препаратам. Более 90% пациентов одновременно имели устойчивость к изониазиду (H), рифампицину (R), и стрептомицину (S), дополнительно почти у половины была устойчивость к этамбутолу (E). К другим противотуберкулезным препаратам устойчивости практически не встречалось (0-1%) (рис. 3).

На следующем этапе выявили основные типы лекарственной устойчивости. Множественная лекарственная устойчивость - одновременная устойчивость к двум основным противотуберкулезным препаратам изониазиду (H), рифампицину (R), была зафиксирована у 86,9% пациентов. Широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ ТБ) - вид множественной лекарственной устойчивости, при которой

зафиксирована также устойчивость к препаратам резервного ряда, также превалировала у наших пациентов и составила 80,5%. В общем была исследована чувствительность к 13 антибиотикам. Среди пациентов 43,8% имели резистентность к 4 препаратам, 38% - к 3, 14,1% - к 2, и ко всем остальным - менее 5% от общего числа.

В исследовании также проводился анализ применения при химиотерапии 4 основных, к которым часто возникает резистентность, препаратов - изониазида (H), рифампицина (R), стрептомицина (S), этамбутола (E). Было выяснено, что только этамбутол наиболее чаще назначался пациентам без резистентности, в то время как изониазид, рифампицин, стрептомицин назначался одинаково как пациентам с лабораторно подтвержденной резистентностью, так и без нее (табл. 1).

Исследуемые пациенты в основном были пролечены с использованием препаратов резервного ряда, у них преобладало использование цикloserина (90,8%), протионамида (87,3%), капреомицина (66,7%), и офлоксацина (66,7%).

В целях надлежащего установления возможных предикторов эффективного лечения был проведен логистический регрессионный анализ. Для рассмотрения исходов заболевания были выбраны: негативный тест микроскопии мазка при выписке (только у тех пациентов, у которых он был положительный при поступлении), позитивные изменения на рентгенограммах и клиническое улучшение состояния (таблица 2).

Примечания: МТ – негативная микроскопия мокроты *Mycobacterium tuberculosis* при выписке, XR – позитивная рентген-динамика, CI – клиническое улучшение состояния.

Регрессионный анализ показал, что негативный результат микроскопии мазка не может быть прогнозирован как анализируемый фактор. При этом может быть выде-

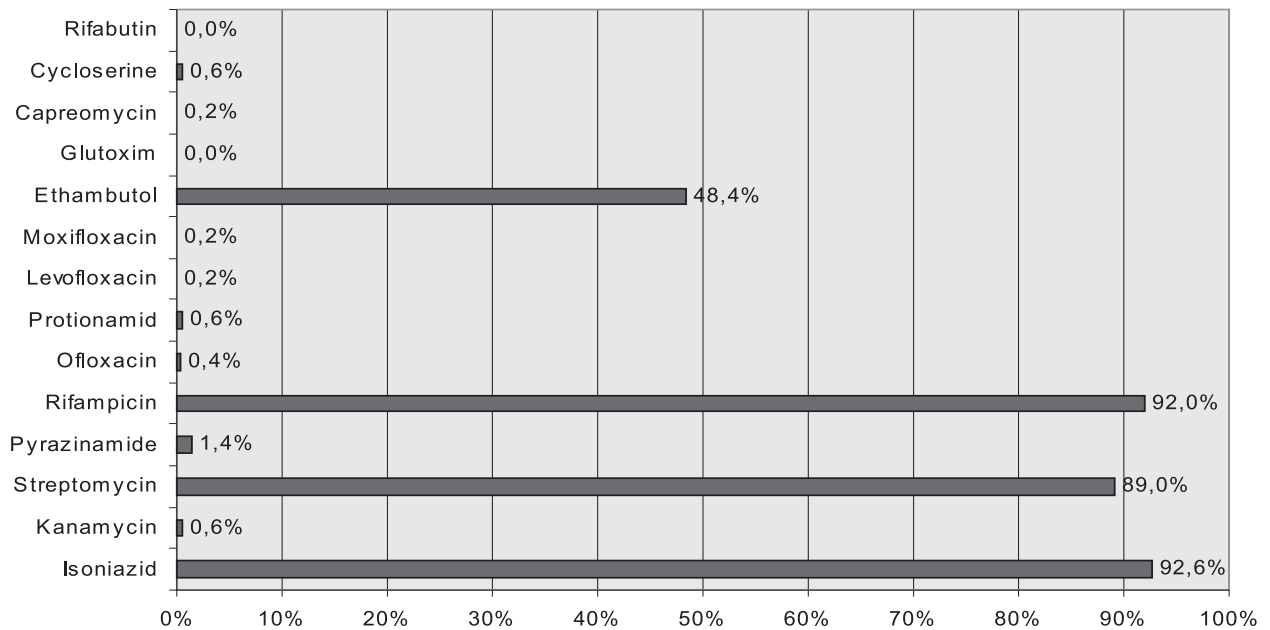


Рисунок 3 - Резистентность к противотуберкулезным препаратам до начала лечения

Таблица 1 - Резистентность к противотуберкулезным препаратам (ПТП).

| Противотуберкулезный препарат | Резистентность | Лечение данным ПТП | P |
|-------------------------------|----------------|--------------------|--------|
| Isoniazid | нет | 5,41% | 0.920 |
| | да | 5,81% | |
| Streptomycin | нет | 1,82% | 0.515 |
| | да | 0,89% | |
| Rifampicin | нет | 15,00% | 0.100 |
| | да | 7,58% | |
| Ethambutol | нет | 28,19% | <0.001 |
| | да | 10,29% | |

Таблица 2 - Логистический регрессионный анализ лучших исходов лечения ТБ

| Фактор | Критерии | MT | | XR | | CI | |
|-------------------------------------|-----------------------|------|-------|------|--------|------|-------|
| | | OR | P | OR | P | OR | P |
| Тест на ВИЧ | негативный | - | | 1,00 | 0,098 | 1,00 | 0,887 |
| | позитивный | | | 6,25 | | 0,85 | |
| Резус-фактор | негативный | 1,00 | 0,902 | 1,00 | 0,523 | 1,00 | 0,391 |
| | позитивный | 1,10 | | 0,71 | | 0,41 | |
| Побочное действие лекарств | нет | 1,00 | 0,972 | 1,00 | 0,043 | 1,00 | 0,714 |
| | есть | 0,98 | | 1,79 | | 1,16 | |
| Пол | женский | 1,00 | 0,366 | 1,00 | 0,542 | 1,00 | 0,103 |
| | мужской | 1,32 | | 1,12 | | 0,63 | |
| Местожительство | город | 1,00 | 0,112 | 1,00 | 0,055 | 1,00 | 0,831 |
| | село | 0,62 | | 0,71 | | 1,05 | |
| Госпитализация | впервые | 1,00 | 0,866 | 1,00 | 0,900 | 1,00 | 0,001 |
| | повторная | 1,14 | | 0,95 | | 0,23 | |
| Хирургические вмешательства | есть | 1,00 | 0,996 | 1,00 | 0,506 | 1,00 | 0,997 |
| | нет | 1,00 | | 0,74 | | 1,00 | |
| СОЭ при поступлении | ≤15 mm/h | 1,00 | 0,499 | 1,00 | 0,006 | 1,00 | 0,016 |
| | >15 mm/h | 0,81 | | 1,64 | | 0,54 | |
| Лейкоциты при поступлении | ≤9410 ⁹ /L | 1,00 | 0,643 | 1,00 | 0,372 | 1,00 | 0,281 |
| | >9410 ⁹ /L | 0,86 | | 1,22 | | 0,73 | |
| Лимфоциты при поступлении | ≤40% | 1,00 | 0,752 | 1,00 | 0,272 | 1,00 | 0,896 |
| | >40% | 0,86 | | 0,69 | | 1,06 | |
| Микроскопия мокроты при поступлении | позитивный | - | | 1,00 | <0,001 | 1,00 | 0,213 |
| | негативный | | | 0,43 | | 1,39 | |
| Сопутствующие заболевания | нет | 1,00 | 0,573 | 1,00 | 0,007 | 1,00 | 0,123 |
| | есть | 1,20 | | 1,69 | | 1,59 | |
| Резистентность к изониазиду (H) | нет | 1,00 | 0,196 | 1,00 | 0,926 | 1,00 | 0,445 |
| | есть | 0,38 | | 0,97 | | 1,41 | |
| Резистентность к стрептомицину (S) | нет | 1,00 | 0,852 | 1,00 | 0,411 | 1,00 | 0,967 |
| | есть | 0,91 | | 1,27 | | 1,02 | |
| Резистентность к рифампицину (R) | нет | 1,00 | 0,679 | 1,00 | 0,308 | 1,00 | 0,147 |
| | есть | 1,24 | | 1,41 | | 1,79 | |
| Резистентность к этамбутолу (E) | нет | 1,00 | 0,145 | 1,00 | 0,874 | 1,00 | 0,250 |
| | есть | 0,65 | | 0,97 | | 1,33 | |

лена только одна тенденция - пациенты из городских районов и без резистентности к этамбутолу имеют больше шансов конверсии мазка при выписке.

Между тем позитивная рентгенологическая динамика чаще наблюдалась среди пациентов с более выраженной клинической картиной, а именно у пациентов с побочным действием лекарственных средств, ускоренным СОЭ, позитивной микроскопией мазка при поступлении, и наличием сопутствующих заболеваний ($p < 0,05$). Клиническое улучшение состояния наблюдалось чаще среди пациентов, которые были госпитализированы впервые, и среди пациентов с нормальным уровнем СОЭ крови при поступлении ($p < 0,05$).

Выводы

У основной части исследуемых пациентов Южно-Казахстанской области был диагностирован инфильтративный туберкулез; около четверти болели фиброзно-кавернозной формой, у остальных пациентов диагностированы диссеминированный туберкулез (2,2%) и другие виды туберкулеза (3,2%). Улучшение при лечении было отмечено у 85,4% пациентов, находящихся под наблюдением.

Было установлено, что пациенты, проживающие в городе и без устойчивости к этамбутолу, имеют больше шансов на негативный результат микроскопии мазка при выписке.

Между тем позитивная рентгенологическая динамика чаще наблюдалась у пациентов с легкой и средней степенью тяжести состояния, чем в тяжелых случаях. Клиническое улучшение состояния наблюдалось чаще среди пациентов, которые были госпитализированы впервые и среди пациентов с нормальным уровнем СОЭ крови при поступлении ($p < 0,05$).

Литература

1. Kim S J. //Euro Res J. - 2005. -№ 25(3). -С.564-9.
2. Sataeva LG. //Пробл. туб. и болезни легких. -2009. -№2. - С.29-32.
3. Huffman SA et And. // Soc Sci. Med. -2012. -Mar. -№74(6). - С.864-872.

Тұжырым

Тиімді емдеудің предикаторлық мүмкіндігін орнату мақсатында логистикалық регрессионды сараптама жүргізілді. Ауру нәтижесін қарастыру мақсатында таңдалып алынды: ауруханадан шығарылған кездегі қақырықтың жағымсыз тестысы (тек ауруханаға жатқан кезде оң нәтижелі науқастарға қатысты), рентгенограммадағы жағымды өзгерістер мен клиникалық жағдайдың жақсаруы.

Резюме

В целях надлежащего установления возможных предикторов эффективного лечения был проведен логистический регрессионный анализ. Для рассмотрения исходов заболевания были выбраны: негативный тест микроскопии мазка при выписке (только у тех пациентов, у которых он был положительный при поступлении), позитивные изменения на рентгенограммах и клиническое улучшение состояния.

Summary

For available determination of possible predictors of the effective treatment logistical regression analysis was conducted. To confirm the outcomes of treatment there were selected the negative sputum smears at release of patients (those which had the positive smear at hospitalization only), positive changes in roentgenogrammes and clinical improvement.

УДК: 616-002.5:579.252.55-072.1-091.8

Патоморфологическая ретроспектива бронхиоптатов при эндоскопии у больных с туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью при ускоренной проводке по спиртам

Пак А.В.

Национальный центр проблем туберкулеза, г.Алматы, РК

Ключевые слова: широкая лекарственная устойчивость, биопсия бронхов, биоптат, классическая и новая спиртовая проводка, гистоморфологическое исследование

Эндоскопия с биопсией слизистой оболочки главных и долевыми бронхов у больных с туберкулезом крайне необходима для определения наличия специфического процесса во всех слоях стенок бронхов, реактивации хронических обструктивных болезней легких и определения степени развития неоплазии.

Целью нашего исследования стало изучение эффективности диагностики бронхоскопии с взятием биопсийного материала на основе анализа результатов бронхиоптатов от больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью в зависимости от клинко-рентгенологической формы.

Материал и методы исследования

Нами были проанализированы данные, полученные при бронхоскопии 54 больных, находившихся на лечении в отделениях НЦПТ МЗ РК в 2010-2012гг. Среди боль-

Таблица 1 – Удельный вес клинических форм туберкулеза, при которых проведено гистологическое исследование бронхобиоптатов

| Клинико-рентгенологическая форма | Число больных | % |
|--|---------------|--------|
| Фиброзно-кавернозный туберкулез | 34 | 62,9% |
| Туберкулома легкого | 7 | 12,9% |
| Инфильтративный туберкулез легких с распадом | 13 | 24,2% |
| Итого | 54 | 100,0% |

ных преобладали мужчины (76,6%) в возрасте 18-45 лет (81,4%). По клинико-рентгенологическим формам наиболее часто диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулез - в 34 случаях (62,9%), туберкулома легких – в 7 случаях (12,9%) и инфильтративный туберкулез с распадом - в 13 наблюдениях (24,2%). У всех больных была выявлена широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулезным лекарственным препаратам первого и второго ряда. Всем пациентам выполнена видеобронхоскопия с биопсией для морфологического исследования резецируемого материала.

Макроскопические биоптаты слизистой бронха, состоящие из фрагмента бронхиальной стенки со слизистым слоем и бронхиальными железами и участком легочной ткани, имели размеры около 1 мм в диаметре. Для облегчения работы, с учетом размеров ткани, биоптаты бронхов предварительно окрашивались слабым раствором гематоксилина. С целью ускорения изготовления парафиновых блоков, было внедрено минимальное время спиртовой проводки. Время выдержки в спиртах составляло 30 минут, вместо стандартных 60 мин. Дальнейшая гистологическая проводка, фиксация и заливка проводились классическим методом.

Результаты исследования

Патоморфологический анализ бронхобиоптатов позволил классифицировать полученный материал по нозологии (таб. 1), с учетом клинико-рентгенологических форм. В таблице 2 приведены полученные данные микроскопии в сопоставлении с клинической нозологией.

Первая группа представлена 18 (33,3%) больными, у которых верифицирован туберкулез. У 11 из них отмечался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (61,1%). Микроскопически специфический процесс характеризовался наличием эпителиоидно-гистиоцитарных гранулем с единичными гигантскими многоядерными клетками типа Лангханса и со скудной казеификацией центра. Туберкулезные очаги были локализованы не только на границе между слизистой и подслизистой оболочкой, но и в глубине и толще легочной паренхимы. Для ФКТ была характерна «сетчатость» строения гранулем, т.е. нахождения в одном поле зрения как юных и неформленных гранулем, так и переходноклеточных и склерозированных гранулем. У 5 больных (27,7%) из 18 диагностирован туберкулез бронхов с инфильтративной формой, распадом и без склерозирования от общего числа зарегистрированных форм туберкулеза. Гистологически отмечалось классическое строение, но с умеренным казеозно-некротическим центром и скудной лимфо-плазмоцитарной инфильтрацией. При туберкуломах легких в бронхах диагностирован туберкулез в 2 случаях из 18, что составляет 11,1%. Структура гранулем обычная, воспалительная лимфогистиоцитарная инфильтрация представлена по периферии весьма умеренно, склеротические изменения минимальны.

Неспецифические воспалительные заболевания бронхов и бронхиол в данном наблюдении можно разделить на две группы. Группа II выделена в соответствии

Таблица 2 - Данные микроскопии в сопоставлении с клинической нозологией

| Патоморфологическая формулировка | Клинико-рентгенологическая форма | | | | | | Итого |
|--|----------------------------------|--------|---------------------|-------|----------------|-------|-------|
| | ФКТ | | Туберкулома легкого | | ИТЛ с распадом | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | |
| Туб. воспаление бронхов и/или легочной ткани. Группа №I | 11 | 61,1% | 2 | 11,1% | 5 | 27,7% | 18 |
| Хрон. атрофический бронхит без обострения. Группа №IIA | 12 | 70,6% | 3 | 17,7% | 2 | 11,7% | 17 |
| Атрофический эндобронхит с обострением. Группа №IIB | 6 | 60,0% | 1 | 10,0% | 3 | 30,0% | 10 |
| Катаральный эндобронхит с гиперсекрецией бронхиальных желез. Группа №III | 1 | 20,0% | 1 | 20,0% | 3 | 60,0% | 5 |
| Неоплазия эпителия бронхов. Группа №IV | 4 | 100,0% | - | - | - | - | 4 |

с морфологической структурой, при которой отмечается уплощение бронхиального эпителия, гипосекретция бокаловидных клеток и склероз подслизистого слоя с умеренным утолщением базальной мембраны. В зависимости от интенсивности фаз обострения и затухания воспаления были выделены следующие подгруппы: IIA (17) - атрофический бронхит без обострения, IIB (10) - эндобронхит с обострением. Из больных группы IIA (неактивный атрофический бронхит) клинический фиброзно-кавернозный туберкулез был у 12, у 3-х - туберкулома и у 2 - инфильтративный туберкулез. В группе IIB 6 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, 1 больной с туберкуломой и 3 больных с инфильтративным туберкулезом.

Третья группа представлена катаральной формой эндобронхита, при которой отмечалось бокаловидноклеточная гиперплазия с умеренной гипертрофией желез подслизистого слоя. Воспалительная инфильтрация была представлена плазмócитами и гистиоцитами в умеренном количестве. Наибольшее число наблюдений катарального эндобронхита у больных было выявлено при инфильтративном туберкулезе (3 наблюдения). Единичные наблюдения зафиксированы при ФКТ и туберкуломе легкого.

Лишь в 4 случаях у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью была диагностирована неоплазия бронхиального эпителия. Микроскопически она была представлена метапластически плоским эпителием с умеренной степенью дисплазией клеток без инвазии через собственную пластинку слизистой оболочки бронхов.

Таким образом, видеобронхоскопия с биопсией оболочек стенки бронхов и легочной ткани у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью и ускоренной гистологической проводкой по спиртам, позволила диагностировать туберкулез у 18 (33,3%) из 54 больных. Выявлена закономерность развития того или иного типа воспаления при туберкулезе и интенсивность фаз неспецифического поражения бронхов с ШЛУ в зависимости от клинико-рентгенологической формы.

Литература

1. Ахметкалиев М., Пак А.В. Морфологический анализ бронхобиопатов и диагностическая ценность бронхоскопии с биопсией у больных с легочной патологией. //Актуальные вопросы фтизиатрии: Сб. науч тр. -Алматы 2008.- С.122-125.
2. Черняев А.Л., Самсонова. Патологическая анатомия легких. Атлас. -М., 2011.- С. 37-38.
3. Spenser H. //Pathology of the Lung. 4th ed. Oxford: Pergamon.- 1985.- P. 147-165.

Тұжырым

Кең ауқымыды дәріге төзімді өкпе туберкулезі науқастарына (фиброзды-кавернозды туберкулез, инфильтративты туберкулез, өкпе туберкуломасы) жеделдетілген спирттенген бронхобиопаттармен зерттеу жүргізілді. Туберкулезді қабыну мен спецификалық емес түрлерінің клиникалы-рентгенологиялық түрлеріне сәйкес кеңіректең жасушалы-тіндерінің тоғысулары анықталды.

Резюме

Приведены результаты обследования бронхобиопатов больных туберкулезом легких (фиброзно-кавернозный туберкулез, инфильтративный туберкулез, туберкулома) с широкой лекарственной устойчивостью при ускоренной спиртовой проводке. Показана клеточно-тканевая реакция туберкулезного воспаления и формы неспецифического поражения бронхов в зависимости от клинико-рентгенологической формы.

Summary

There are given the results of bronchobiopats from patients with pulmonary tuberculosis (fibro-cavernous tuberculosis, infiltrative tuberculosis, tuberculoma in lungs) with extensive drug 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 presented.

Лечебное питание козьим молоком в клинике детско-подросткового туберкулеза

Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В., Аленова А.Х.

Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г. Алматы

Ключевые слова: туберкулез у детей и подростков, противотуберкулезное лечение, комплексное лечение, козье молоко, эффективность патогенетического лечения, иммунологическое обследование

Лечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий - важная и сложная задача фтизиатров. Все лекарственные препараты назначаются больным туберкулезом с МЛУ на длительный период и поэтому могут приводить к возникновению побочных эффектов. У 10-15% больных осложняющим моментом противотуберкулезной химиотерапии являются побочные реакции. Они могут возникать при использовании всех известных противотуберкулезных препаратов, различаются лишь их характер и частота. Примерно у 4% больных побочные реакции приобретают угрожающий характер и являются основанием для отмены препарата. Преодоление и купирование побочных эффектов противотуберкулезных лекарственных средств - чрезвычайно важный компонент лечения больных с МЛУ.

Возможность продолжения комплексного лечения у детей с побочными явлениями в значительной степени зависит от своевременной патогенетической терапии, направленной на их устранение. Патогенетические механизмы определяют важную роль лечебного питания в комплексном лечении туберкулеза. Об эффективности лечения свидетельствует не столько увеличение массы тела, сколько улучшение аппетита, настроения и появление бодрости, а также исчезновение клинической симптоматики и положительная динамика лабораторных показателей.

Вопросы предупреждения и ликвидации побочных реакций, раннего распознавания их, четкого определения препарата, вызвавшего лекарственную непереносимость, не являются до сих пор полностью решенными. Не существует единого мнения о диагностической ценности различных лабораторных методов распознавания побочных реакций. Поиски в этом направлении продолжают. Исследователи постоянно ищут новые возможности предупреждения или устранения побочных реакций.

Так как диетотерапия направлена на повышение защитных сил организма, стимуляцию репаративных процессов, нормализацию обменных нарушений, восстановление нарушенных функций и снижение побочных эффектов химиотерапии, нами было изучено влияние консервированного продукта козье молоко на течение туберкулезного процесса у детей и подростков, находящихся на стационарном лечении в клинике НЦПТ РК.

Высокие оздоровительные свойства козьего молока давно признаны врачами-педиатрами, которые рекомендуют его как наилучшую замену материнского молока в первые периоды жизни ребенка. Жирность козьего молока составляет до 4%. Молочный жир - это смесь различных липидных компонентов. Они представляют собой высокопитательные вещества, которые легко усваиваются организмом. В состав жира молока входят низко- и высокомолекулярные жирные кислоты, фосфолипиды, токофенолы и жирорастворимые витамины. Переваривание жира, даже молочного чрезвычайно трудная проблема для пожилых людей, а также детей, тем более искусственно вскармливаемых. В этом случае молоко козы - блестящий выход для них. Высокое содержание кальция и фосфора и их соотношение приближает козье молоко к женскому, что особенно важно в питании младенцев. Исследования ученых показывают, что козье молоко переваривается в 5 раз быстрее, чем коровье, а это очень важно при составлении диеты для пожилых, выздоравливающих больных, малышей.

Молочный сахар и минеральные соли в нем полностью растворены, белки и органические соли находятся в коллоидном состоянии. По цвету молоко белое. Белый цвет придает эмульсия липидов и кальциевая соль. В нем нет каротина, он переработан организмом животного в витамин А, необходимый для жизнедеятельности человека, который может немедленно использоваться организмом. Свежевыдоенное молоко обладает бактерицидными свойствами, препятствует развитию микроорганизмов, и нем содержится иммуноглобулин, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза.

В связи с усиленным белковым распадом при туберкулезе показано включать в рацион повышенное количество белка (в период обострения до 2,5 г и вне обострения туберкулезного процесса до 1,5-2 г на 1 кг массы тела), что способствует повышению сопротивляемости организма к туберкулезной инфекции. Белки молока состоят из казеина (82%) и белков сыворотки крови (18%). При его скисании казеин выпадает в осадок, а сывороточные белки остаются в жидкой части. Казеин связывает кальций и фосфор, поэтому творог из козьего молока богат этими веществами. В молоке содержится много ферментов, немного пептидных и стероидных гормонов.

При осложнении туберкулеза в стадии альбуминурии без отеков суточный рацион должен содержать на 1 кг массы больного до 2 г белка, количество жиров и углеводов в соответствии с характером основного процесса.

Наличие отеков требует резкого ограничения соли (2-4 г). При азотемии показано снижение количества белка в рационе.

Основным углеводом молока является лактоза. Она служит источником энергии, легко усваивается и быстро вступает в обмен веществ, способствует всасыванию в тонком кишечнике фосфора, кальция, магния, витамина D. Козье молоко отличается от коровьего более высокой биологической активностью по всем критериям, в том числе и по витаминной активности. Оно на 50% больше содержит витамина B1 и на 80% - витамина B2. В отличие от коровьего молока, у которого слегка кислая реакция, у козьего она отчетливо щелочная и его можно успешно использовать при повышенной кислотности желудочного сока, даже с язвой желудка. В козьем молоке больше полиненасыщенных жирных кислот – линолевой и линоленовой, которые, как известно, повышают устойчивость организма к инфекционным заболеваниям и нормализуют холестериновый обмен, то есть обладают противовосклеротическим действием.

Холестерин в козьем молоке высоко развит и полезен для деятельности головного мозга и организма. Ведь холестерин необходим организму, чтобы формировать и поддерживать нервную систему. Холестерин и lecithin используются каждой клеточкой тела, чтобы транспортировать питательные вещества через кровеносную систему. При перегревании продуктов питания - разрушается lecithin и холестерин остается в крови и оседает на стенках сердечных и легочных артерий. Козье молоко содержит холестерин в сбалансированном состоянии и предотвращает любой риск неблагоприятного воздействия холестерина на организм человека. Также козье молоко содержит хлор, фтор, кремний. Как известно, кремний имеет тенденцию предотвращать сахарный диабет. В козьем молоке много кальция, магния, железа, марганца и меди, аскорбиновой кислоты - в 1,5, а никотиновой (витамина PP) - в 3 раза больше чем в коровьем. Богатый витаминный состав молока можно объяснить тем, что козы едят много разнообразных трав. «Меню» у них гораздо шире, чем у коров, что и придает молоку специфический вкус. Наличие кальция и фосфора делает его особенно полезным для детей с признаками рахита. А благодаря умеренному содержанию молочного сахара (лактозы) его лучше, чем коровье, переносят люди, страдающие вздутием кишечника.

При туберкулезе наблюдается повышенная потребность в витаминах (ретинол, аскорбиновая кислота, эргокальци-ферол, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, ниацин), особенно при наличии поражения органов пищеварения (энтероколит, гастрит, гепатит и т. д.), которые затрудняют усвоение витаминов. Недостаток некоторых витаминов (пиридоксин, аскорбиновая кислота и др.) может вызываться применением ряда антибактериальных средств (ПАСК-натрий, фтивазид, изониазид, ларусан и др.). Козье молоко обогащает организм человека

полноценными белками, жирами, важными для организма минеральными солями и витаминами. Питательность данного продукта обусловлена не только хорошим аминокислотным составом, но и высоким содержанием в нем фосфора, кобальта, витаминов А, В, С и D. В эксперименте на животных доказана повышенная восприимчивость к туберкулезу при отсутствии в пищевом рационе витаминов (И. Я. Гольдберг). Обеспечение организма достаточным количеством витаминов оказывает благотворное влияние при лечении туберкулеза.

Обеднение организма кальцием, его противовоспалительное и десенсибилизирующее влияние определяют необходимость обогащения рациона солями кальция за счет богатых ими продуктов (молоко, творог, капуста, листовный салат, бобовые, изюм и т. д.). Лучшему усвоению кальция способствует введение его в оптимальных соотношениях с фосфором (1:1 или 2 : 1) и обеспечение организма достаточным количеством эргокальциферола. Фиксации кальция в тканях способствует ограничение количества соли. В период обострения туберкулезного процесса рекомендуется употреблять до 8 г и в неактивной фазе – до 12 г соли в сутки. Следует также обеспечивать потребность организма и в других минеральных веществах (железо, магний и пр.).

Применение этого продукта целесообразно не только при легочных формах туберкулеза, но и при различных внелегочных его локализациях. Так, при туберкулезном поражении кишок необходимо иметь в виду возможные нарушения усвоения важнейших пищевых веществ (белков, витаминов, кальция, фосфора, железа и т. д.), что приводит к выраженному дефициту их в организме и требует включения в рацион в значительно повышенном количестве. Важную роль в эпителизации изъязвленных кишок играет ретинол, который присутствует в козьем молоке. В наших исследованиях было отмечено, что профузный понос, возникающий зачастую после приема препаратов резерва (в частности ПАСК) исчезал самостоятельно после употребления козьего молока.

При туберкулезе костей и суставов следует особенно заботиться об обеспечении организма повышенным количеством кальция и фосфора. Для лучшего усвоения солей кальция показано достаточное содержание в рационе эргокальциферола, которое может, в частности, обеспечиваться за счет употребления козьего молока.

Таким образом, лечебное питание является важнейшим элементом комплексной терапии при различных заболеваниях. Обычно его назначают в сочетании с другими видами терапии (фармакологические препараты, физиотерапевтические процедуры и т. д.). В одних случаях, при заболевании органов пищеварения или болезнях обмена веществ, лечебное питание выполняет роль одного из основных терапевтических факторов, в других – создает благоприятный фон для более эффективного проведения прочих терапевтических мероприятий.

Таблица 1 - Клиническая форма туберкулеза у больных детей и подростков

| Группа | ИТ | | ПТК | | ТВГЛУ | | Казеома плевры | | Туб. плеврит | | Милиарный ТБ | | Очаговый ТБ | |
|-------------|-------|------|-------|------|-------|------|----------------|-----|--------------|------|--------------|-----|-------------|-----|
| | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % |
| Первая n=30 | 15 | 50,0 | 6 | 20,0 | 4 | 13,3 | 1 | 3,3 | 2 | 6,7 | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 |
| вторая n=20 | 14 | 70,0 | 3 | 15,0 | 1 | 5,0 | - | - | 2 | 10,0 | - | - | - | - |

Целью данной работы является повышение эффективности лечения туберкулеза у детей и подростков при непереносимости противотуберкулезных препаратов (первого и второго ряда) на основании современных доказательных данных.

Объекты исследования: дети и подростки, находящиеся на лечении в НЦПТ МЗ РК по поводу ТБ и МЛУ ТБ.

Результаты исследования:

Первую группу (основную) составили дети и подростки, больные туберкулезом, которым в рацион питания было включено козье молоко.

По половому развитию девочек и мальчиков было по 15 (50,0%), 11 детей (возраст варьировал от 3 до 14 лет) и 19 подростков.

Вторую (контрольную) группу составили 10 детей и 10 подростков больные туберкулезом, которым в рацион питания не было включено козье молоко.

Как видно из таблицы, с наибольшей частотой был диагностирован в обеих группах инфильтративный туберкулез – 50,0% и 70,0% соответственно, реже – первичный туб. комплекс – 20,0% и 15,0% соответственно, плеврит туб. этиологии встречался в двух случаях (6,7% и 10,0% соответственно).

Множественная лекарственная устойчивость выявлена у половины (15 – 50,0%) детей и подростков из основной группы и в 45,0% случаев у больных второй группы.

Таким образом, по возрасту, полу и клиническим формам туберкулеза, наличию множественной лекарственной устойчивости у исследуемого контингента особых различий не было.

Из таблицы 2 видно, что у всех детей и подростков обеих групп перед приемом козьего молока имелись

симптомы интоксикации, явления непереносимости противотуберкулезных препаратов в виде тошноты, рвоты, понижения аппетита, болей в эпигастральной области.

Козье молоко давали после приема противотуберкулезных препаратов (полдник), детям раннего возраста по 100,0, подросткам по 200,0 мл в течение 3 месяцев.

Перед началом приема козьего молока исследуемому контингенту проводилось комплексное иммунологическое исследование крови, которое включало в себя определение показателей клеточного (CD3, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD3+CD4+/CD3+CD8+, CD3+CD56+, CD3+CD25+, CD3+HLA-DR+) и гуморального (CD19, CD3-CD25+, CD3-HLA-DR+ IgM, IgA, IgG, ЦИК) иммунитета.

Изучение количественного состава субпопуляций лимфоцитов в периферической крови выполнялось на проточном цитометре Facscan фирмы «Becton Dickinson» (США) с использованием тройных комбинаций прямых моноклональных антител (CD4/CD8/CD3, CD3/CD19, CD56/HLA-DR/CD3, CD25/CD3), Leucogate (CD45/CD14) для выделения лимфоцитарного кольца и изотипического контроля (IgG1/IgG2) той же фирмы.

Определение сывороточных иммуноглобулинов классов М, G и А проводили методом простой радиальной иммунодиффузии по G. Mancini et al. (1965). Определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) проводили методом, предложенным Ю.А. Гриневичем и А.Н. Алферовым (1981).

Перед проведением исследования у 50,2 и 45,0 % детей и подростков обеих групп было отмечено снижение показателей гуморального и клеточного иммунитета

По крайней мере, у 48,5% больных наблюдалась активация В-клеточного иммунного ответа, что

Таблица 2 - Наличие симптомов интоксикации и явлений непереносимости у детей и подростков перед приемом козьего молока

| Группа | Симптомы интоксикации | | | | | | Явления побочного действия противотуберкулезных препаратов | | | | | | | |
|-------------|-----------------------|------|-----------------------|------|--------------|------|--|------|-------|------|--------------------|-------|-------------------------------|------|
| | слабость | | Повышение температуры | | утомляемость | | тошнота | | рвота | | понижение аппетита | | боли в эпигастральной области | |
| | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % | абс.ч | % |
| Первая n=30 | 25 | 83,3 | 10 | 33,3 | 21 | 70,0 | 15 | 50,0 | 5 | 16,7 | 30 | 100,0 | 18 | 60,0 |
| вторая n=20 | 10 | 50,0 | 5 | 25,0 | 10 | 50,0 | 9 | 45,0 | 2 | 10,0 | 20 | 100,0 | 8 | 40,0 |

Таблица 3 - Показатели иммунологического статуса перед приемом козьего молока

| Показатели | Первая группа | | Вторая группа | |
|---------------------|---------------|------------|---------------|-----------|
| | До приема | после | До приема | после |
| CD3 | 40,5±4,46 | 46,1±14,66 | 43,6±10,42 | 43,8±2,14 |
| CD4 | 22,5±4,15 | 27,6±2,62 | 25,5±3,74 | 26,6±4,33 |
| CD8 | 19,0±4,66 | 17,3±2,62 | 18,1±3,00 | 17,3±3,82 |
| Индекс Хелпер/супр. | 1,3±0,49 | 1,7±0,41 | 1,47±0,38 | 1,63±0,62 |
| ИФА | 0,4±0,47 | 0,27±0,37 | 0,68±0,78 | 0,40±0,45 |

отражалось в повышении содержания В-лимфоцитов, экспрессирующих HLA-DR, сывороточных иммуноглобулинов М, А, G и низкомолекулярных циркулирующих иммунных комплексов. Увеличение концентрации низкомолекулярных ЦИК может явиться предпосылкой к их отложению в тканях и развитию иммунопатологических реакций.

После проведения исследования (после приема козьего молока), как видно из таблицы 3, у больных детей и подростков I группы CD3 достоверно ($p \leq 0,5$) повысилось с 40,5±4,46 до 46,1±14,66, а во II группе этот показатель сохранялся на прежних цифрах - 43,6±10,42 (до), 43,8±2,14 (после) ($p \leq 0,5$). Показатель CD4 достоверно повысился с 22,5±4,15 до 27,6±2,62 ($p \leq 0,5$), а у детей и подростков контрольной группы этот показатель достоверно не изменился - 25,5±3,74, 26,6±4,33 соответственно. Такая же картина наблюдается при анализе показателей CD8, Индекса Хелпер/супрессоров, ИФА крови.

Таким образом, анализ гуморального и клеточного состава показал, что эти показатели заметно повысились после приема козьего молока у детей и подростков первой группы, тогда как у детей и подростков второй группы показатель гуморального и клеточного иммунитета оставался на одном уровне.

Заключение

Эффективность приема козьего молока больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания и МЛУ ТБ оценивалась на основании комплекса признаков: быстроты исчезновения симптомов интоксикации, явлений побочного действия противотуберкулезных препаратов и нормализации показателей клеточного (CD3, CD3⁺CD4⁺, CD3⁺CD8⁺, CD3⁺CD4⁺/CD3⁺CD8⁺, CD3⁺CD56⁺, CD3⁺CD25⁺, CD3⁺HLA-DR⁺) и гуморального (CD19, CD3-CD25⁺, CD3-HLA-DR⁺ IgM, IgA, IgG, ЦИК) иммунитета.

Нами изучен дезинтоксикационный эффект козьего молока у больных туберкулезом легких детей и подростков в различные сроки (через 1, 2, 3 месяца).

Анализ полученных данных показал эффективность использования козьего молока с дезинтоксикационной целью на различных этапах лечения больных туберкулезом легких. Так, симптомы интоксикации через 1 месяц приема козьего молока ликвидированы у больных детей и подростков I и II подгрупп в 66,7% и 50,0% случаях соответственно, через 2 месяца симптомы интоксикации купированы у 26,5% и 33,3% больных, через 3 месяца приема козьего молока исчезли у 6,8% и 16,7% соответственно.

Явления непереносимости в виде тошноты, которые наблюдались у половины детей и подростков первой группы, купированы через 1 месяц приема козьего молока у 66,7% больных, через 2 месяца у остальных 33,3% больных. Во всех случаях (100,0%), у больных I группы перед началом приема молока отмечался сниженный аппетит, а после месячного приема козьего молока аппетит повысился у 80,0% больных. Рвота наблюдалась до приема молока у 5 (16,7%) и купирована через 1 месяц приема козьего молока у 2 (6,7%) детей и подростков, через 2 месяца рвота прекратилась у оставшихся детей.

У детей и подростков из второй группы явления непереносимости купированы через 2 месяца после проведения симптоматического лечения у 60,0%, через 3 месяца у остальных (40,0%) детей и подростков.

Анализ гуморального и клеточного состава показал, что эти показатели заметно повысились после приема козьего молока у детей и подростков первой группы, тогда как у детей и подростков второй группы гуморальный и клеточный иммунитет оставался на одном уровне.

Таким образом, анализ клинической эффективности у больных туберкулезом легких, в т.ч. с МЛУ ТБ показал преимущество приема козьего молока в комплексной химиотерапии, проводимой пациентам с наличием интоксикации, побочных явлений в первые два месяца от начала терапии. Полученные нами данные позволяют рекомендовать включение в комплексное лечение больных впервые выявленным туберкулезом легких и множественным лекарственным туберкулезом у детей и подростков

козье молоко, так как это сокращает сроки достижения положительного клинического эффекта, с нормализацией ряда показателей иммунитета пациентов.

Выводы

Анализ данных литературы и собственных исследований говорит в пользу включения козьего молока в стандартный режим химиотерапии при впервые выявленном туберкулезе легких и множественном туберкулезе у детей и подростков.

Прием козьего молока способствует улучшению переносимости специфической химиотерапии, повышению иммунитета, снижает риск развития побочных эффектов химиотерапии. При этом значительно улучшается клиническое состояние больных, положительная динамика наступает в более короткие сроки, быстрее ликвидируются симптомы интоксикации.

Литература:

1. Овсянкина Е. С., Добкин В. Г., Русакова Л. И., Кобулашвили М. Г. Патогенетическая терапия у подростков с туберкулезом легких. Материалы научной сессии «Противотуберкулезная работа в Уральском и Волго-Вятском регионах». Екатеринбург, 2000. С. 60.
2. Ройт А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология. М.: МИР. 2000. 581 с.
3. Соринсон С.Н., Корочкина О.В., Жданов Ю.Е. и др. Латентная фаза хронического гепатита С: критерии диагностики и терапевтическая тактика // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. 1999. № 1 (5). С. 17–21.
4. Фрейдлин И.С., Кузнецова С.А. Иммунные комплексы и цитокины // Мед. иммунология. - 1999. Т. 1. № 1-2. С. 27–36.
5. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. // Иммунология. М., 2000. 432 с.
6. Ярилин А.А. Основы иммунологии. М., 1999. 607 с.
7. Kobayashi K., Ishii M., Igarashi T. et al. Profiles of cytokines produced by CD4-positive T lymphocytes stimulated by anti-CD3 antibody in patients with chronic hepatitis C // J. Gastroenterology. 1998. Vol. 33. P. 500–507.
8. Miailhes P., Trepo C. L' histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hepatite C // Med. et. Malad.infec. 2000. Vol. 30. Suppl. 1. P. 8–13.
9. Горбатова К.К. Химия и физика молока / К.К. Горбатова – изд. Гиорд, 2004. с. 228.
10. Кугенев П.В. Практикум по молочному делу / П.В. Кугенев, Н.В. Барабанщиков. – М: ВО Агропромиздат, 1988. с. 231
11. Хрипкова А.Г. Физиология животных / А.Г. Хрипкова, А.Б. Коган, А.П. Костин. – М: Просвещение, 1972. – 190 с.: ил.

Тұжырым

Мақалада балалар мен жасөспірімдердің туберкулезін кешенді емдеуде Ешкі сүті өнімін қолданудың клиникалық зерттеу нәтижелері көрсетілген. Клиникалық мәліметтер зерттеуі мен науқас балалар мен жасөспірімдердің жасушалық және гуморалды қорғанысының үрдісінде оң нәтиже байқалды, тәбеттің қалыпқа келуі, улану белгілерінің жоғалуы сондай ақ кешенді емдеу кезінде аталған өнімді қабылдамаған науқастармен салыстырғанда өнімді қабылдаған науқас балалар мен жасөспірімдердің жасушалық және гуморалды қорғанысының көрсеткіштерінің өскендігін аңғартты.

Резюме

В статье приведены результаты клинического исследования по применению продукта козье молоко в комплексном лечении детско-подросткового туберкулеза. Изучение клинических данных и показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных туберкулезом детей и подростков показало более быструю положительную клинико-лабораторную динамику процесса, в виде нормализации аппетита, снятия симптомов интоксикации, а также достоверное повышение показателей клеточного и гуморального иммунитета у детей и подростков, принимавших данный продукт в комплексном лечении туберкулеза, по сравнению с больными, не принимавшими его.

Summary

In this paper there are given the results of the clinical investigation of taking goat milk in the clinics of pediatric tuberculosis for the comprehensive TB treatment. The study of clinical data and indicators of the cellular and humoral immunity in children and adolescents with tuberculosis showed the faster positive clinical and laboratory dynamics in term of the appetite normalization, intoxication symptoms elimination and, also, reliable increase in indicators of the cellular and humoral immunity in children and adolescents with tuberculosis taken this product for the comprehensive TB treatment compared with patients which didn't take it.

УДК: 616-002.5-053.6-085

Побочные явления противотуберкулезной терапии у подростков на санаторном этапе лечения

Баймуханова З.Х., Крышкина Т. В. Сахипкереев К.К.
ГКП «Актюбинский областной детский костно-туберкулёзный санаторий «Чайка» на ПХВ

Ключевые слова: санаторный этап лечения, противотуберкулезная терапия, подростки, побочные реакции

В современной фтизиатрии особую актуальность приобретает глубокое изучение и понимание эпидемиологических, социально-экономических и медицинских (клинических) проблем мультирезистентного туберкулеза (МЛУ ТБ). Во время длительной химиотерапии резервными препаратами не только подавляется жизнедеятельность микобактерий туберкулеза (МБТ), но и неизбежно оказывается влияние на макроорганизм. Изменяется состояние тканевого обмена веществ, регуляция физиологических процессов вследствие блокирования некоторых ферментных систем. Нарушается метаболизм аминокислот, электролитов, витаминов. Наличие сопутствующих заболеваний, погрешностей в диете или режиме физических, психо-эмоциональных нагрузок играет не последнюю роль в нарушении адаптационных систем макроорганизма, проявляющихся плохой переносимостью вышеперечисленных лекарственных веществ. При сниженных или ослабленных защитных силах организма, что встречается у большинства больных с МЛУ ТБ, высока вероятность развития токсико-аллергических реакций во время химиотерапии резервными препаратами. Тем не менее, большинство возникающих побочных реакций являются устранимыми и значительно меньшая часть их ведет к полной непереносимости, вследствие чего отменяется тот или иной препарат. До назначения РППП необходима психологическая подготовка больных. Ежедневный мониторинг за проводимым лечением, пристальное внимание за каждым пациентом имеют большое значение в целях предупреждения и устранения возможных побочных эффектов. Следует отметить, что при сопоставлении частоты и тяжести побочных реакций с эффектом клинико-рентгенологического излечения полирезистентного туберкулеза, очевидна значимая польза второго. Поэтому, несмотря на то, что резервные препараты высоко токсичны, необходимо создать оптимальные условия для успешного, непрерывного лечения в режиме DOTS-Plus. Под термином «побочные реакции» на лекарственные препараты принято понимать возникновение патологических изменений в различных тканях, органах и системах организма больного, развивающиеся при использовании лекарственных веществ в терапевтических дозировках, при которых возникает необходимость уменьшить дозировку или отменить препарат, либо решить вопрос о пер-

спективности его применения в дальнейшем. При этом во всех случаях следует учитывать порог общей чувствительности организма к тем или иным препаратам, так как в различных популяциях людей отмечается значительная вариабельность по толерантности (повышенная устойчивость к воздействию препарата), а также взаимодействие одновременно применяемых препаратов между собой, их совместимость, возможность образования патологических комплексов с белками макроорганизма [1, 2, 3].

Цель исследования: оценить переносимость противотуберкулезной терапии у подростков в условиях санатория.

Материалы и методы

Исследование проведено у 30 подростков 13-18 лет, получавших основной курс лечения туберкулеза в Актюбинском областном детском костно-туберкулёжном санатории «Чайка» со следующими диагнозами: первичный туберкулезный комплекс – 2 случая (6,6%), очаговый туберкулез легких - 5 (16,6%), инфильтративный туберкулез легких – 21 (70,0%), туберкулезный плеврит – 2 (6,6%). По данным бактериологического обследования и анамнеза, у 17 (28,3%) больных МБТ считали устойчивыми к противотуберкулезным препаратам (двум и более). До поступления в санаторий во всех случаях больные получали основной курс лечения в условиях стационара, который составил: от 3 до 6 мес-18 человек (60,0%), более 6 мес-12 человек (40,0%). При поступлении в санаторий у больных регистрировались следующие формы процесса: рассасывание и уплотнение – 27 (90,0%), состояние после резекции – 3 (10 %). Бактериовыделения при поступлении в санаторий не отмечалось. В санатории всем больным проводилось клинико-рентгенологическое исследование, принятое во фтизиатрии (общий анализ мочи, клинический анализ и биохимия крови ежемесячно в динамике, бактериологическое и рентгенологическое обследование). Дополнительные методы по показаниям: гастроскопия, УЗИ органов брюшной полости и почек. Выборочно больным делался посев кала на дисбактериоз (12 больных). Терапия назначалась согласно форме и фазе процесса: 2 ПТП - 18 больным, 4 ПТП и более - 12 больным. Для профилактики осложнений подростки принимали гепатопротекторы, витамины группы В и С, антигистаминные препараты.

Результаты исследования

Побочные реакции на противотуберкулезные препараты выявлены у 17 человек (56,6%), из них получав-

шие лечение препаратами I и II ряда (основными и резервными) - 12 больных (40%) и лечение препаратами I ряда (основными) - 5 (16,6%), в том числе гепатотоксические осложнения (повышение АЛТ) - у 5 больных (16,6 %);

- со стороны крови (лейкоцитопения, эозинофилия, тромбоцитопения) – у 3 больных (10,0%);
- со стороны мочевыделительной системы (лейкоцитурия, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия) – у 4 больных (13,3 %);
- со стороны нервной системы (нервозность, головная боль, нарушение сна, головокружение, истероидная реакция) – у 11 больных (36,6%);
- со стороны пищеварительной системы (боли в желудке, снижение аппетита) – у 7 больных (23,3%);
- со стороны сердечно – сосудистой системы (повышение АД, тахикардия, боли в сердце) – у 3 больных (10,0 %);
- аллергические реакции (аллергодерматит) – у 2 больных (6,6 %);
- нарушение менструального цикла (аменорея) – у 1 больной (3,3%).

Лечение препаратами I ряда (основными) получали 18 больных. Лечение препаратами I и II ряда (основными и резервными) проводилось 12 больным в связи с лекарственной устойчивостью и торпидным течением. Среди больных, получающих основные препараты, побочные реакции встречались в 16,6% случаев, тогда как при приеме препаратов I и II ряда значительно чаще – 40,0% случаев.

Одним из малоизученных побочных действий противотуберкулезной терапии является ее влияние на микрофлору кишечника [3, 5]. Установлено, что на фоне длительной химиотерапии из 12 подростков нарушение состава микрофлоры обнаружено у 9 (30 %) . Изменения были не резко выражены у большинства больных, в том числе дисбиоз I степени (снижение показателей нормальной микрофлоры кишечника - бифидобактерий, лактобактерий, эшерихий с нормальной ферментативной активностью) отмечался у 6 подростков (20,0%). Дисбиоз II степени (более выраженное снижение показателей микрофлоры и повышение потенциально патогенной микрофлоры- стафилококки, протей, энтеробактерии) – у 3 (10,0%). Все побочные реакции были обратимыми, они купировались путем проведения дезинтоксикационной, гепато- и гастропротекторной терапии, десенсибилизирующей, витаминотерапией, приемом пробиотиков и пребиотиков. Кроме того, важным методом борьбы с непереносимостью химиотерапии был индивидуальный подбор препаратов с учетом особенностей подростков, в частности, наличие сопутствующих заболеваний. Временная отмена препаратов, а также невозможность использовать наиболее активные из них негативно сказывались на эффективности лечения, увеличивали его длительность.

Литература

1. Дильмагамбетов Д.С. Основные принципы устранения побочных реакций на противотуберкулезные препараты //Учеб. пособие. «Лечение туберкулеза легких».- Актобе, 2008. – 35с.
2. Исмаилов Ш.Ш., Мусабекова Г.А. Профилактика и устранение побочных реакций на резервные противотуберкулезные препараты при лечении резистентных форм туберкулеза: Метод.рекомендации. – Алматы. 2004.-34с.
3. Ивананова Д.А. //Туберкулез и болезни легких.- 2011. - №6 – С. 60 – 66.
4. Фещенко Ю.И. // Укр. мед.часопис. – 2008. -№5.- С.117 -125.
5. Яковенко Э.П. // Гастроэнтерология. – 2009. №1 – С.27 -30.

Тұжырым

Жасөспірімдерде туберкулез қазіргі заманға сай өту, аурудың негізгі клиникалық түрі инфильтративті туберкулез (70%). Қозғыштардың дәрілік тұрақтылығы (40%), және қарқынды емдеуде резервтегі препараттарды және торпидалық емдеуде ұзақтылық, соның ішінде шипажайлық кезеңде. Шипажайлық емдеу барысында жасөспірімдер арасында химиотерапияның көптеген жаңа құбылыстары шығады (56,6%), 36,8% аурулардан, негізгі перапараттарды алғандардан және резервті перапараттарды пайдаланғандардан 40%. Туберкулездің алдын алу құрылымында химиотерапияның басымдылығы ЖКТ реакциясынан. Үстеме реакция туберкулездің алдын алу препараттарымен емдеу және сақтандыру әдістемесін қажеттілік етеді, ішектердің микрофлорасын, оның құрылымын түзетуін зерттеу.

Резюме

В данной статье приводятся результаты изучения побочных реакций на противотуберкулезные препараты. В современных условиях туберкулез у подростков протекает неблагоприятно, основной клинической формой заболевания является инфильтративный туберкулез (70%). Лекарственная устойчивость возбудителя (40%) и торпидное течение заболевания диктуют необходимость длительного и интенсивного лечения с использованием резервных препаратов, в том числе на санаторном этапе. В процессе санаторного лечения побочные явления химиотерапии выявлены у большинства подростков (56,6 %), в том числе у 36.8% больных, получающих только основные препараты, при назначении основных и резервных препаратов значительно чаще - в 40% случаев. В структуре осложнений противотуберкулезной химиотерапии доминируют реакции со стороны ЖКТ. Необходимо дальнейшее совершенствование методов профилактики и лечения побочных реакций на ПТП, в частности, изучение микрофлоры кишечника, коррекция его состава.

Summary

In this paper there are given the results of investigation of the adverse reactions to anti-TB drugs. Under current conditions tuberculosis course in adolescents is unfavorable; its main clinical form is the infiltrative tuberculosis (70%). Drug resistance of TB agent (40%) and torpid disease course dictate the need in durable and intensive treatment including treatment in the sanatorium stage. During sanatorium treatment side effects due to anti-TB chemotherapy were found-

out in the majority of adolescents (56,6%) including 36,8% of patients received anti-TB drugs of the first line while at administration of both drugs of the 1st and 2nd line they take place significantly more frequently, in 40% of cases. In the structure of the complications due to anti-TB chemotherapy gastrointestinal reactions are predominant. It is necessary to improve further the methods of prevention and treatment of adverse reactions due to anti-TB drugs, in particular, through investigation of the intestinal microflora and its compound correction.

УДК: 616.24-002.5-021.3-07-085

Опыт применения диспергированных таблеток пиразинамида в стандартных режимах химиотерапии впервые выявленного туберкулеза легких

Смаилова Г.А., Абилдаев Т.Ш., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш., Истелюева М.Б.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы

Ключевые слова: туберкулез легких, бактериовыделение, конверсия мазка, химиотерапия, противотуберкулезные препараты, пиразинамид, диспергированные таблетки

Комбинированная химиотерапия является основным этиотропным методом лечения туберкулеза [1]. Стандартные режимы химиотерапии в лечении больных туберкулезом, рекомендованных ВОЗ, в Казахстане используются в течение 15 лет [2, 3]. Пиразинамид - противотуберкулезный препарат 1 ряда, впервые был синтезирован S. Kushner с соавторами в 1952г., затем М.Н.Щукиной в 1955-1957гг. Исследователи выяснили, что препарат, обладая более высокой токсичностью, чем изониазид, хорошо проникает в зоны казеоза и оказывает действие на внутриклеточно расположенные микобактерии туберкулеза [4, 5]. Вместе с тем, при применении препарата в таблетированной форме, возникают побочные реакции со стороны печени и ЖКТ в виде диспепсических расстройств (наиболее часто - тошнота и рвота). Препарат Пиразинамид-Д, таблетки диспергируемые 150мг, является новой разработкой компании ТОО ФК «Ромат» «Павлодарский фармацевтический завод», по данным исследования которой вышеназванное лекарственное средство, по сравнению с другими препаратами, обладает следующими преимуществами: минимизация первого этапа всасывания путем растворения лекарства в полости рта и адсорбции его из слюны, увеличение скорости адсорбции, облегчение глотаемости, повышение безопасности и эффективности лекарственного средства [6].

Целью исследования было изучение клинической эффективности диспергируемой формы пиразинамида в стандартизированных режимах химиотерапии больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

В связи с поставленной целью, нами на базе легочно-терапевтического отделения Национального центра проблем туберкулеза проведено наблюдение за 40 пациентами с впервые выявленным туберкулезом легких, которым назначена стандартизированная химиотерапия в режиме I категории (интенсивная фаза): пиразинамид в комплексе с рифампицином, изониазидом и этамбутолом. Больные были разделены на 2 группы: в 1-ую (опытную) вошли 20 человек, получавших в режимах I категории диспергируемую форму пиразинамида, в контрольную (20) - больные, получавшие таблетированную форму пиразинамида. Из них мужчин было 30, женщин - 10. Средний возраст - 35,0±2,3 лет. Все пациенты были с инфильтративной формой туберкулеза легких с бактериовыделением и деструкцией. Препарат Пиразинамид-Д 150мг давался в суточной дозе 2000 (14 таблеток) утром до завтрака в течение 2-4 месяцев интенсивной фазы. Запивался кипяченой водой.

Клиническая эффективность препарата Пиразинамид-Д оценивалась по следующим критериям: динамике исчезновения симптомов интоксикации, конверсии мазка мокроты, наличию побочных реакций.

Тубинтоксикация (повышение температуры, кашель, хрипы в легких) наблюдалась у всех больных обеих групп. Интоксикация исчезла у всех больных к окончанию 20 дня от начала химиотерапии. Следует отметить, что темпы исчезновения симптомов интоксикации были ускоренными - так, к 10 месяцу интоксикационный синдром был устранен у 17 (85,0%) больных, к 20 дню месяца - еще у 3-х (15,0%), в контрольной группе - соответственно - у 16(80,0%) и 4 (20,0%).

Бактериовыделение наблюдалось также у всех больных. Конверсия мокроты в целом наступила у 19(95,0%) больных опытной группы и у 18(90,0%) кон-

трольной ($p > 0,05$); причем ко 2 месяцу - у 18 (90,0%), к 3 месяцу – еще у 1 (5,0%), в контрольной группе – у 16 (80,0%) и 3 (15,0%) больных соответственно.

Что касается побочных реакций, то нами отмечено, что в опытной группе у 19 пациентов (95,0%) не отмечено побочных эффектов. У одной больной развился токсический гепатит (уровень АЛТ увеличился в 5 раз). Препарат был отменен. Проведена дезинтоксикационная, гепатотропная терапия, 5 сеансов плазмафереза. В контрольной группе у 17 пациентов (85,0%) не отмечено побочных эффектов. У 3-х больных наблюдались диспепсические явления, препарат не отменялся, а переведен на дробное применение. После назначения антацидных препаратов вышеназванные изменения купировались.

Таким образом, в лечении впервые выявленного туберкулеза, где в комбинации интенсивной фазы химиотерапии назначается диспергируемая форма пирозинамида в комплексе с изониазидом, рифампицином и этамбутолом, достигается выраженный терапевтический эффект (исчезновение симптомов интоксикации в 100% случаев, конверсия мазка – в 95,0%). Данная форма препарата может быть рекомендована к применению во фтизиопедиатрической практике. Для взрослого контингента пациентов желательна такая же дозировка, как и таблетированной формы пирозинамида.

Литература

1. Хоменко А.Г. Химиотерапия туберкулеза легких. – М., 1980. – 279 с.
2. Лечение туберкулеза: Рекомендации для национальных программ. – ВОЗ. – Женева, 1998. – 77 с.
3. Приказ МЗ РК №218 от 25.04.11 «Инструкция по выявлению, регистрации, лечению и диспансерному наблюдению в организациях первичной медико-санитарной помощи и противотуберкулезных организациях»
4. Kushner, S.; Dalalian, H.; Sanjurjo, J. L.; Bach, F. L.; Safir, S. R.; Smith, V. K.; Williams, J. H. (1952). Journal of the American Chemical Society 74 (14): 3617.
5. Щукина М.Н., Сычева Т.П. Противотуберкулезные химиотерапевтические препараты //Химическая наука и промышленность.- 1956.-№4.-С.419-432.
6. Отчет о результатах доклинических исследований безопасности препаратов Этамбутол – Д таблетки

диспергируемые. Пирозинамид - Д таблетки диспергируемые, ПИРЭФ-3Д таблетки диспергируемые производства ТОО «Павлодарский фармацевтический завод», Алматы, 2010.

Тұжырым

Тексеру мақсаты алғаш рет анықталған өкпе туберкулезін стандартты химиотерапиямен емдеуде «Павлодарский фармацевтический завод» ТОО ФК «Ромат» компаниясында жаңа диспергиялық формадағы пирозинамид 0,4 таблеткасының клиникалық әсерін анықтау болып табылады. Аprobацияда препараттың терапиялық эффектiсiн (улану симптомы 100% жойылған, қақырықтың конверсиясы 95%, жанама әсерi болған жоқ) көрсеттi. Бұл препарат формасы фтизиатрия практикасында қолдануға ұсынылды.

Резюме

Целью исследования было изучение клинической эффективности диспергируемой формы пирозинамида 400мг - новой разработки компании ТОО ФК «Ромат» «Павлодарский фармацевтический завод» в стандартизированных режимах химиотерапии больных с впервые выявленным туберкулезом легких. Результаты аprobации препарата показали выраженный терапевтический эффект (исчезновение симптомов интоксикации в 100% случаев, конверсия мазка – в 95,0%, хорошая переносимость). Данная форма препарата может быть рекомендована к применению во фтизиатрической практике.

Summary

Target of this study was the investigation of the clinical effectiveness of the dispersible form of pyrazinamide 0.4g as a new product of the "Romat" Limited incorporated, Pavlodarsky Pharmaceutic Plant, implementing for the standardized chemotherapy regimens in patients with newly detected pulmonary tuberculosis. Results of approbation of the drug showed the expressed therapeutic effect (disappearance of intoxication symptoms in 100% of cases, sputum smear conversion in 95%, good tolerance). This form of the drug should be recommended in the phthisiatric practice.

УДК: 616-002.5-08:615.065

Лекарственная болезнь у больных туберкулезом при лечении препаратами второго ряда

Хауадамова Г.Т.¹, Арбузова Е.В.¹, Уразакова Д.И.², Сарбасова М.К.¹

¹Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г.Алматы

²Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная болезнь, противотуберкулезные препараты второго ряда

Противотуберкулезные препараты в подавляющем большинстве случаев оказывают нежелательные побочные реакции на организм больного. По литературным данным они отмечаются от 62,8% до 85,0% случаев [1-3]. При этом исследователи основное внимание уделяют таким побочным действиям противотуберкулезных препаратов, как диспепсические расстройства, токсические нефриты и гепатиты, поражение центральной нервной системы [1-4]. Однако недостаточное внимание уделяется вопросам токсико-аллергических поражений кожи, которые при несвоевременной коррекции лечения могут дать тяжелые проявления в виде лекарственной болезни, синдромов Лайелла и Стивенса-Джонсона [5, 6].

В патогенезе лекарственной болезни часто сочетаются токсический и аллергический компоненты (особенно в случае длительного введения препарата), что и обуславливает развитие характерных для лекарственной болезни многообразных поражений кожи, слизистых оболочек, нервной и сосудистой систем, внутренних органов [7-9].

Лекарственная болезнь связана с выработкой антител или появлением Т-лимфоцитов, специфических к лекарственному препарату или его метаболитам. Различают 5 типов лекарственных аллергических реакций, основанных на классической классификации Ф.Джелла и Р.Кумбса. Для больных туберкулезом характерен 4 тип - клеточный (повышенная чувствительность замедленного типа). При этом иммунокомплексные аллергические реакции характеризуются развитием крапивницы, пятнисто-папулезной сыпи, лихорадки, артралгии (крупные суставы), могут увеличиваться лимфоузлы, наблюдаться гломерулонефрит, периферическая нейропатия, системный васкулит, острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия. Возможно развитие лекарственного волчаночного синдрома, васкулитов с симптомами лихорадки, геморрагической сыпи, чаще на ногах, с поражением почек и легких [8, 9].

Нами представлен клинический случай лекарственной болезни больного, получающего противотуберкулезные препараты второго ряда.

Больной А., поступил в ЛТО-2 НЦПТ в 2012г. Диагноз: Инфильтративный туберкулез в/долей легких в фазе распада и обсеменения МБТ+ 4 кат. МЛУ ТБ. Новый случай.

Из анамнеза известно, что туберкулезом ранее не болел, тубконтакт не выяснен. Выявлен впервые в 2012г., получал лечение в режиме 1 категории 3 месяца. В процессе обследования установлена устойчивость к препаратам H, R, E, S. Начато лечение препаратами второго ряда (капреомицин, левофлоксацин, протионамид, циклосерин, ПАСК, пиразинамид) 26.04.2012. На 2 месяце лечения препаратами второго ряда состояние резко ухудшилось, поднялась температура тела до 38-39°C, озноб. *Объективно* у больного отмечались гиперемия кожных покровов, инъекция склер, увеличение лимфоузлов всех групп, болезненных при пальпации, увеличение печени. На 3 день появилась сыпь мелкопапулезная в области лица, туловища, рук; выраженная гиперестезия кожи и зуд; гиперемия кожных покровов усилилась. Консультирован инфекционистом, рекомендовано провести дифференциальную диагностику с корью и краснухой, иерсиниозом, псевдотуберкулезом, а также предложено изолировать больного и подать экстренное извещение на краснуху; исследовать кровь на ИФА с коревым и краснушным антигенами, сделать посев крови, мочи, кала на иерсиниоз и псевдотуберкулез. При повторной консультации в динамике инфекционистом эти диагнозы были исключены, и выставлен диагноз аллергического дерматита.

В общем анализе крови на момент появления жалоб отмечалось только увеличение лейкоцитов с 7,9 до 17,2x10⁹/л, но при этом количество эозинофилов и остальные параметры были в пределах нормы. В общем анализе мочи выявлены патологические изменения: белок 0,8 г/л и зернистые цилиндры 4-5-6 в поле зрения, что свидетельствовало о появлении токсического нефрита. В общем анализе крови на 5 день от момента госпитализации лейкоцитоз повысился до 36,52x10⁹/л с палочкоядерным сдвигом до 17%; эозинофилия до 9%. Также в этот период отмечался подъем билирубина до 49,17 м/моль/л. В этой

связи временно были отменены все препараты второго ряда с 12.06.2012г. и назначена дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия и плазмаферез. Больному проведено 6 сеансов плазмафереза и назначена гормонотерапия преднизолоном по схеме (с 30 мг). Но, несмотря на проводимые мероприятия и отмену препаратов, билирубин продолжал нарастать от 85,3 до 220,0 м/моль/л. Только через 2 месяца от начала проявления лекарственной болезни произошла нормализация биохимических показателей.

На УЗИ органов брюшной полости на момент появления сыпи и на высоте подъема билирубина отмечалось выраженное увеличение размеров печени и диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы.

В связи с тем, что у больного появились отеки на нижних конечностях, что совпало с пиком билирубинемии, больному сделана ЭКГ, на которой выявлена синусовая брадикардия с ЧСС 47 в мин. Нормализация этих изменений со стороны сердца произошла только через 20 дней.

После нормализации состояния больного и лабораторных показателей через месяц вновь назначены препараты второго ряда отдельно по одному препарату на фоне десенсибилизирующей терапии. Несмотря на это, у больного повторно развивался кожный зуд и сыпь на прием любого из противотуберкулезных препаратов. Учитывая развитие тяжелых побочных реакций на прием препаратов второго ряда, принято решение о необходимости снятия с лечения DOTS+.

Нами проведено сопоставление клинических и лабораторных данных, а также длительность их проявлений, которые отражены на рисунке 1.

На представленном рисунке наглядно видно, что у больного манифестация лекарственной болезни на-

чалась с высокой температуры 38-39°C, которая сохранялась 12 дней. На 2 день присоединилось увеличение лимфатических узлов всех групп, которое сохранялось 11 дней. Оно сочеталось с гиперемией кожных покровов лица, верхних конечностей и груди, которая проявлялась 15 дней. Также выявлено увеличение печени на 2,5 см, которое сохранялось в течение 11 дней; край печени при пальпации безболезненный. В связи с этими жалобами у больного были взяты общий и биохимический анализы крови и мочи. Обращает на себя внимание, что в момент появления жалоб первые изменения зарегистрированы в общем анализе крови в виде выраженного лейкоцитоза 17,2%, хотя формула крови оставалась неизменной. Затем на 5 сутки от появления жалоб появился лейкоцитоз до $36,5 \times 10^9$; появились палочкоядерный сдвиг до 17 и эозинофилия до 9%. На 3 день от начала жалоб появилась сыпь мелкопапулезная в области лица, туловища, рук, которая сохранялась 4 дня и на фоне проводимой десенсибилизирующей терапии перешла в длительное пластинчатое шелушение кожных покровов.

На 7 день от момента появления жалоб у больного повысился общий билирубин в крови вначале до 49,17 м/моль/л, затем достиг максимальных цифр 220,0 м/моль/л, и нормализация биохимических показателей наступила только через 2 месяца от начала проявлений токсического гепатита.

На 13 день у больного появились отеки нижних конечностей, что было связано с проявлением токсического миокардита, который зарегистрирован на ЭКГ в виде синусовой брадикардии. Эти изменения отмечались в течение 20 дней, несмотря на проведение интенсивной кардиотропной терапии в условиях отделения реанимации.

| Дни жалобы | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| Сыпь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Увеличение печени | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Увеличение л/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Температура тела до 38-39°C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Гиперемия | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Шелушение | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отек лица | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отеки н/к | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Билирубин | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ОАК | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ОАМ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЭКГ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Рисунок 1 - Клинико-лабораторные проявления лекарственной болезни у больного А.

Таким образом, все вышеперечисленные изменения свидетельствуют о наличии у больного лекарственной болезни с токсико-аллергическим поражением кожных покровов, печени, почек, сердца. Данный клинический случай наглядно демонстрирует проявление лекарственной болезни у больного туберкулезом, принимающего противотуберкулезные препараты второго ряда. При этом верификация лекарственной болезни имеет определенные дифференциально-диагностические трудности. Даже инфекционисты зачастую подозревают инфекционный процесс в виде кори, краснухи, зоонозов или сепсиса. Следовательно, лекарственная болезнь может являться осложнением противотуберкулезной химиотерапии, при которых возникают побочные эффекты вследствие метаболизма ксенобиотиков с участием микросомальных ферментных систем печени. Последнее объясняет длительность увеличения печени, желтухи и гипербилирубинемии у больных туберкулезом. Повторное назначение даже низких доз препаратов вызывает каскад побочных реакций и невозможность дальнейшего проведения химиотерапии.

Литература

1. Мордык А.В. //Вестник современной клинической медицины. - 2010. - №1. - Т.3 - С.25-27.
2. Мишин В.Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких. – М., 2007. – 248 с.
3. Лепшина С.М. и др. Побочные реакции на противотуберкулезные препараты (профилактика, мониторинг, купирование): Метод. рекомендации.- Донецк, 2012.-44с.
4. Ливчане Э. Лекарственная непереносимость, методы ее диагностики и коррекции при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда: Автореф. дисс...канд. мед.наук.-М., 2003.-32с.
5. Letko E, Papaliodis DN, Papaliodis GN, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a review of the literature. //Ann Allergy Asthma Immunol. 2005; 94:419–436.
6. Auquier-Dunant A, Mockenhaupt M, Naldi L, Correia O, Schröder W, Roujeau JC. Correlations between clinical patterns and causes of erythema multiforme majus, Stevens-Johnson syndrome, and toxic epidermal necrolysis. //Arch Dermatol. 2002;138:1019–24.
7. Mockenhaupt M. Severe drug-induced skin reactions: clinical pattern, diagnostics and therapy. //J Dtsch Dermatol Ges. 2009;7:142–162.
8. McKenna JK, Leiferman KM. Dermatologic drug reactions. //Immunol Allergy Clin North Am. 2004;24: 399–423.
9. Волков В.П. //Психиатрия и психофармакотерапия.-2010.- №3. – С.33-37.

УДК: 616-002.511

Несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің басқа ағзалар туберкулезімен қосрланып кездесу жағдайы

Жұмаш Т.А., Тұтқышбаев С.О., Аманжолова Л.К., Жұмаш М.Т.
Туберкулез проблемалары ұлттық орталығы, Алматы қ.

Негізгі сөз: несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің басқа ағза жүйелері туберкулезімен қатар кездесуі.

Несеп-жыныс жүйесі туберкулезі кездесуі жағынан алғанда өкпедентис туберкулезінің ішінде үшінші орынды иеленеді. Соңғы жылдары туберкулездің миллиарлы түрінің, яғни бірнеше жүйе ағзаларының туберкулезге қатар шалдығуы жиі кездесуде. Ресей ғалымдарының көрсеткіштері бойынша өкпе және өкпедентис туберкулездерінің белсенді түрлерінің ішінде миллиарлы туберкулез түрі 9 және 20% аралығында кездеседі [1]. Осыған байланысты, кей жағдайларда несеп-жыныс

жүйесі туберкулезінің кеш анықталып, оның асқынған түрлерінің кездесуі 58,3% құрауда [2].

Біздің мұндай науқастарды емдеудегі тәжірибеміз бойынша асқынулардың кеш анықталуының негізгі себептері ол, кеселдің тарихнамасы мен эпидемиологиялық жағдайларына жете көңіл бөлмеу және жалпы емдеу мекемелеріндегі дәрігерлерде туберкулездің өкпедентис түрлеріне деген мұқияттылықтың болмауы.

Мысал келтірсек.

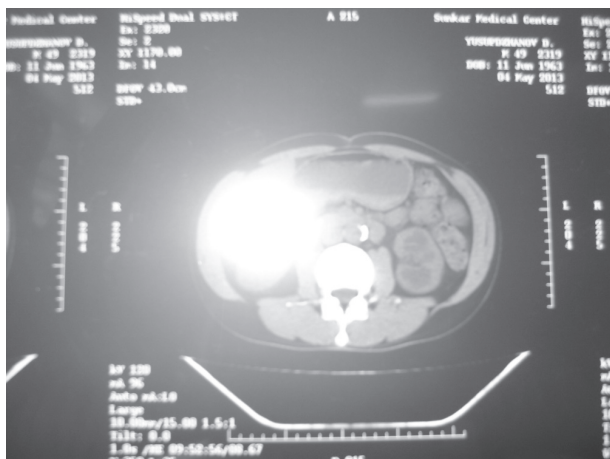
Науқас Ю.Д., 49 лет, ТПҰО–ның ӨТХЕБ 03.06.13ж Алматы қалалық туберкулезге қарсы емханасынан ауыстырылған. Диагнозы: Миллиарлы туберку-

лез. Екі өкпенің инфильтратты туберкулезі, ыдырау сатысы, ТМБ(-). Бүйрек туберкулезі. Туберкулезді орхоэпидидимит, іріңдікпен асқынған. ТМБ(-), IV санат, КДТ ТБ. Жаңа жағдай. Науқастың алғашқы белгілері 2011 жылы біліне бастаған. Сол бүйрек тұсы сыздап, несепке баруы жиілеп және ашу пайда болған. Жалпы емханалардың уролог дәрігерлеріне қаралып простатит, циститке байланысты емделген, бірақ одан айтарлықтай көмек болмаған. 2012 жылдың соңында науқаста жөтел пайда болып, қаралу барысында екі өкпеде де туберкулез анықталған. 15.02-03.06.13ж. аралығында науқас Алматы қалалық туберкулезге қарсы емханасында туберкулезге қарсы I санат бойынша ем қабылдаған. 29.03.13ж несепті егу барысында ТМБ анықталып, 29.03.13ж . дәрілерге төзімділігін анықтау зерті бойынша науқаста 1 және 2 қатардағы туберкулезге қарсы дәрілерге төзімділік анықталып, одан әрі емін IV санат бойынша жалғастырған. Науқаста дизурия белгілерінің тоқтамауына, ен аумағындағы іріңдіктің жазылмауына байланысты ол ТПҰО–ның ӨТТХЕ бөлімшесіне 03.06.13ж. ауыстырылған.

Науқас ТПҰО терең тексерілді.



Бүйректің УДЗ (2.07.13) - Сол бүйректе әр түрлі көлемде қуыстар(кисты) анықталған, тостаған - түбекше бұзылған. Оң бүйректің тостаған - түбекше жүйесі кеңіген. Қорытынды - Сол бүйректің поликистозы.



Қуықтың УДЗ (2.07.13) – қуықтың көлемі өте кішірейген, қабырғалары қисайған. Қорытынды- созылмалы цистит.

Бүйректің КТ (4.05.13)- Сол бүйректе әр түрлі көлемдегі қуыстар(каверна) анықталған. Қорытынды: сол бүйректің каверналары. Оң бүйректің гидронефрозы.

Экскреторлы урограмма (02.08.13) – оң бүйректің қызметінің байқалуы 15мин. Ал, 30, 45 мин. урограммаларда оң бүйректің тостағанша - түбекше жүйесі кеңіген, зәрағар қуыққа дейін кеңейген. Сол бүйректің қызметі 15-120 мин. аралығында көрінбейді. Қорытынды - Сол бүйректің жұмысы тоқтаған. Оң бүйректің гидронефрозы.



Цистограмма (03.08.13)-қуықтық сиымдылығы өте аз, пішіні өзгерген. Екі жақтан да қуық- зәрағар рефлюксі байқалады.



Ретроградты уретеропиелография (03.08.13) - Сол бүйреkte тостаған-түбекше жүйесі бұзылған, олардың орнында бірнеше каверна анықталған. Зәрағар өте жіңішкерген.

Тәуліктік несепке бару жиілігі 20-25рет, қуықтың сиымдылығы 14-40 мл.

Түскен кезде науқаста кеселдің асқынуына байланысты ағзаның улану белгілері байқалады - азын, тамаққа тәбеті төмен, дене терісінің бозғылттығы, тершеңдік, несепке өте жиі баруы, сонымен қатар сол бүйрегі тұсының сыздап ауруы. Жүргенде аздап еңтігу бар. Аускультацияда – өкпеде құрғақ сырылдар бар. Бел аумағын ұстағанда сол бүйректің тұсы және қуық тұсы ауырады. St.lokaljs: екі ен қосымшалары үлкейген, қатыңқы және жақтаулары тегіс емес және аздап ауырады. Оң ен безінің тұсында іріңдік көзінің орны бар.

Өкпенің шолу рентгенограммасында 23.07.2013ж— екі өкпенің инфилтратты туберкулезіс, ыдырау белгілері.

Фтизиотерапевтің кеңесі - Екі өкпенің инфилтратты туберкулезі, ыдырау сатысы, ТМБ(-).

Қақырықтың ТМБ микроскопия зертгі (3 рет №3335)- теріс

Жалпы қан зертгі Эр – $3,0 \times 10^{12}$ Нв -98г/л, Л- $5,4 \times 10^9$ п-2, М-3, Л-24, С-70, СОЭ-50мм.час. Жалпы несеп зертгі: белок - 0,21г/л, эритроциттер мен лейкоциттер – көп. Биохимиялық зертгі: билирубин - 5,3 мкм/л; трансаминаза -13,22мкм/л; сахар - 4,9; мочеви́на - 5,3; белок - 70 г/л.

Тексеру барысында анықталған диагнозы: Милларлы туберкулез. Екі өкпенің инфилтратты туберкулезі, ыдырау сатысы, ТМБ(-). Несеп-жыныс туберкулезі. Сол бүйректің поликавернозды туберкулезі, жұмысы тоқтаған. Оң бүйректің туберкулезді папиллиті. Қуық туберкулезі, микроцистиспен асқынған. Екі жақты туберкулезді эпидидимит, іріңдікпен асқынған. Оң жақты уретерогидронефроз, II сатысы. МБТ(-), IV санат, МЛУ ТБ. Жаңа жағдай.

Науқас IV санат бойынша тағайындалған туберкулезге қарсы емді жалғастырды.

28.08.13ж. науқасқа гидронефрозға байланысты - солжақты нефростомата отасы жасалынды. Жоспарда солжақты уретеронефрэктомия отасы жасалынуы керек. Сонымен, несеп-жыныс жүйесі туберкулезінің басқа ағзалар туберкулезімен қосарланып кездескен жағдайда оларды емдеу күрделі және ұзаққа созылады. Сондықтан, туберкулезді алғашқы медициналық көмек мекемелерінде дер кезінде анықтау өте маңызды.

Литература

1. Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей // Под ред. А.В. Васильева. – С/Пб., 2000. – С.25-26.
2. Жумаш Т.А. Своевременное выявление и диагностика

туберкулеза мочеполовой системы на уровне ПМСП. // Сб.науч.ст.- Ош, Кыргызстан, 2013.-С.33-34.

Резюме

В статье представлен случай сочетанного поражения внелегочного туберкулеза с легочным туберкулезом. Туберкулез мочеполовой системы среди внелегочного туберкулеза занимает третье место и, в основном, встречается при осложненных формах. В данном случае больной с дизурическими явлениями лечился у уролога по поводу пиелонефрита и простатита. У больного сначала был установлен туберкулез легких, а затем при подозрении на внелегочный туберкулез он был переведен во внелегочное отделение НЦПТ, где во время обследования установлен туберкулез мочеполовой системы в осложненной форме. Таким образом, своевременная диагностика туберкулеза и его сочетанных форм играет важную роль в выздоровлении больного.

Тұжырым

Мақалада өкпедентис туберкулездің басқа ағзалар жүйесі туберкулезімен қосарланып кездесу жағдайы келтірілген. Несеп- жыныс жүйесі туберкулезі өкпедентис туберкулезінің ішінде үшінші орынды иеленеді және ол асқынған түрінде кездесуде. Бұл жағдайда науқас несеп- жыныс жүйесі және өкпе туберкулезімен қатар ауырған. Алғашқыда өкпе туберкулезі бірінші анықталып, оны емдеу барысында өкпедентис туберкулезге күдіктеніп, науқас ТПУО өкпедентис бөлімшесіне ауыстырылған. Сонда терең тексеруден кейін несеп- жыныс жүйесі туберкулезі асқынған түрінде анықталған. Оны емдеу күрделі болмақ. Сонымен, туберкулезді алғашқы медициналық көмек мекемелерінде дер кезінде анықтау, науқастың тез айығып кетуі үшін өте маңызды.

Summary

In this paper there is presented the case of the combined injury due to the pulmonary tuberculosis with extrapulmonary tuberculosis. Tuberculosis of the genitourinary system is ranked third among cases with extrapulmonary tuberculosis and occurred in its complicated forms. Case presented is a patient with disuric symptoms and he was treated by an urologist because of pielonephritis and prostatitis. Firstly the pulmonary tuberculosis was diagnosed while, as a result of the examination of this patient at the Department of Extrapulmonary Tuberculosis of the National Center for TB Problems RK genitourinary tuberculosis in its complicated form was confirmed later. Thus, the timely diagnostics of tuberculosis and its associated forms is the important factor in the patient cure.

УДК: 616-007.17(574.13)

Эффективность лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса и болезни Келер—II у детей в условиях санатория «Чайка» Актюбинской области (случай из практики)

Крышкина Т.В., Сахипкереев К.К.

ГКП «Актыбинский областной детский костно-туберкулёзный санаторий «Чайка» на ПХВ

Ключевые слова: остеохондропатия, болезнь Легга-Кальве-Пертеса, болезнь Келер—II, эффективность лечения, противотуберкулёзный санаторий

Остеохондропатия – это длительно протекающее циклическое заболевание, первичным звеном которого является асептический некроз костной ткани, а вторичные изменения, определяющие дальнейшие клинические и рентгенологические черты болезни, состоят в рассасывании и замещении омертвевших участков костной ткани [1, 4]. Для всех остеохондропатий характерно развитие поражений в детском и юношеском возрасте, а также хроническое доброкачественное течение и относительно благоприятный исход заболевания. По данным Ленинградского педиатрического медицинского института, на долю остеохондропатии тазобедренного сустава приходится 22,0% от всех ортопедических заболеваний у детей [4].

Среди предрасполагающих к остеохондропатии моментов одни исследователи отмечают нарушение обмена веществ, другие – эмболии микробного происхождения, сосудистые нарушения типа облитерирующего эндартериита, травму острую и хроническую, перегрузки, врожденные возрастные особенности кровоснабжения [1, 2, 3].

Из всех видов данной патологии наиболее часто встречаются остеохондропатии эпифизов и метафизов длинных трубчатых костей (остеохондропатия тазобедренного сустава или болезнь Легга–Кальве–Пертеса) и остеохондропатия головки – II или III плюсневой костей (болезнь Келер–II) [1–3].

Болезнь Пертеса – это асептический некроз головки бедра. Трофические расстройства в виде асептического некроза головки бедра ведут к серьезным изменениям функции тазобедренного сустава. В основном болезнь поражает детей в возрасте от 4 до 16 лет; мальчиков в 4–5 раз чаще, чем девочек [1].

Болезнь Келер II – это некроз головки II или III плюсневой кости. Обычно эта патология развивается в период полового созревания и поражает чаще лиц женского пола. Первые симптомы этого заболевания – периодические боли в пораженной кости и связанная с ними хромота. При обследовании обнаруживается припухлость, покраснение кожи на тыльной поверхности стоп в области головки соответствующей метатарзальной кости [1, 3].

В ГКП АОДКТС «Чайка» в отделении реабилитации опорно-двигательной системы за 5 лет получили лечение

43 ребенка с остеохондропатией тазобедренного сустава (болезнь Легга-Кальве-Пертеса), из них двое детей – с остеохондропатией бугристости большеберцовой кости (Осгуда - Шлаттера) и один ребенок – с остеохондропатией головки – II плюсневой кости (Болезнь Келер–II).

Из всех пролеченных в санатории детей с остеохондропатией – 35 мальчиков, т.е. 76%, 11 девочек – 23,9%.

По возрастному составу преобладали дети с 7 до 15 лет – 33 ребенка (71,7%), один ребенок был 4-х лет (2,1%), остальные 12 детей в возрасте старше 16-ти лет (26%).

В качестве примера приводим опыт лечения *пациента А. 2002 г.р.*, получавшего лечение в течение 2-х лет с диагнозом «Остеохондропатия головки бедренной кости справа II – III стадии».

Летом в 2007 году у ребенка появилась слабость, утомляемость. В октябре месяце этого же года – повышение температуры тела, боль в правой ноге, в области бедра. Из ЦРБ больной направлен в ОДКБ г. Актобе, где после обследования произведена операция по поводу острого гепатогенного остеомиелита правого бедра. Выписан через 1 месяц в удовлетворительном состоянии. Зимой 2007–2008 года жалоб не было.

В течение 2-х месяцев у ребенка появилась хромота, на что родители вначале не обратили внимания, сославшись на мозоли на ноге ребенка. Из ЦРБ Айтекебийского района ребенок был направлен в ОПТД для исключения туберкулезного процесса.

После проведения R-графии тазобедренного сустава выставлен диагноз Болезнь Пертеса. Ребенок направлен в санаторий «Чайка» для лечения и оздоровления.

Со стороны костной системы отмечается незначительная болезненность правого тазобедренного сустава, ограничение движений в суставе (отведение и внутренние ротации), хромота, небольшая атрофия мышц правой конечности, утолщение кожной складки на бедре, укорочение правой конечности на 2см. Рентгенологически имела место деформация головки тазобедренного сустава с уменьшением в объёме, фрагментирование, расширение и укорочение шейки, расширение суставной щели.

Ребенок получал следующую терапию: ортопедический режим, весь комплекс витаминотерапии, препараты кальция: глюконат кальция, кальций Д3, хондропротекторы – остеокея, внутримышечно – курс никотиновой кислоты, физиотерапевтические процедуры: поперечная ионогальванизация с хлористым кальцием на область та-

зобедренного сустава в восстановительном периоде, парафиновые аппликации, электрофорез с эуфиллином для улучшения кровоснабжения, УВЧ. Местно применялась хондроксидовая мазь, механотерапия, ЛФК, массаж.

В результате проведенного консервативного лечения в течение 2-х лет состояние ребенка улучшилось, исчезли хромота и болевой синдром. Рентгенологически отмечается заметные репаративные изменения, некоторое восстановление структуры костного вещества бедренной кости, которое представляет фрагментированные регенерированные костные участки.

Также приводим опыт лечения *пациентки М. 1994г.р.* с диагнозом Болезнь Келера-II, получавшей лечение в течение 1 года.

При поступлении: жалобы на увеличение в размерах и деформацию головки II плюсневой кости справа. При пальпации отмечается болезненность, имеется покраснение II плюсны фаланги. При ходьбе хромота на правую ногу.

Со слов мамы, после травмы II плюсны фаланги (подвернула ногу, ударились об камень) у девочки появилась хромота на правую ногу. К медицинским работникам родители не обращались, надеясь, что боль исчезнет. Но в течение месяца боли сохранялись и родители обратились к ортопеду – травматологу, заведующему отделением областной клинической больницы. После рентгенологического обследования был выставлен диагноз: Болезнь Келера – II. Ребенок был направлен в санаторий «Чайка» для лечения и оздоровления.

Со стороны костно-суставной системы отмечается: на тыльной поверхности стопы справа на уровне поражения определяется припухлость, увеличение головки плюсневой кости, при пальпации болезненность.

Рентгенографически головка II плюсневой кости справа уплощена, структура уплотнена, щель плюсневой фаланги сустава расширена с наличием отдельных костных фрагментов.

Лечение было направлено на максимальную разгрузку пораженной метатарзальной кости. Для этого был наложен гипсовый сапожок со стременем на 3 месяца, а затем на 3 месяца – лангета.

Получала общеукрепляющую терапию: витаминотерапия, хондропротекторы, глюконат кальция, кальций Д3.

Была назначена физиотерапия: ультразвук, электрофорез с хлоридом кальция, с алоэ, парафиновые аппликации, механотерапия, ЛФК, массаж. Местно - хондроксидовая мазь.

По окончании курса лечения состояние девочки удовлетворительное. Движение в суставе не ограничено, безболезненно. Головка плюсневой кости на уровне поражения не увеличена.

После окончания курса лечения рентгенологически отмечаются заметные репаративные изменения головки плюсневой кости.

Таким образом, лечение остеохондропатии должно быть комплексным с сочетанием покоя и лечебной

гимнастики, массажа и физиотерапии, рационально поставленного режима питания и витаминотерапии. Без лечения процесс протекает 4-4,5 года. Структура головки при этом восстанавливается, но форма её при отсутствии лечения бывает грибовидной, вследствие чего происходит несоответствие суставных поверхностей друг другу и развитие деформирующего артроза, от которого эти больные страдают, достигнув взрослого состояния.

Литература

1. Волков М.В., и Тер-Егизаров Т.М. Ортопедия и травматология детского возраста.- М., 1983.- 273с.
2. Рубашева А.В. Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов.- Киев, 1967.
3. Чепова В.М. Диагностика и лечение болезней суставов.- М., 1990. -С.242-244,
4. Каземирский В.Е. Болезни опорно-двигательного аппарата. Подростковая медицина. – С/Пб., 2006. - С.353 -384.

Тұжырым

Біздің емдеу тәжірибемізде және бағалап жеке қорытынды көрсету, остеохондропатиямен ауыратын балалар, шипажайларда емделуі қажет, амбулаториялық жағдайда емес, емдеу бағыты қимыл-қозғалыстың шекежеуінде (төсек тәртібі 2 жылдан 3 жылға дейін баланың қай сатыда ауырып, түсуіне байланысты). Кешенді емдеу шараларына кіретін: климат факторларын емге қолдану, дәрумендік және физиотерапия, өте қажет, емдеу жаттығулары зақымданған буындарды қалыпқа келтіреді.

Резюме

Наш опыт лечения и оценка отдельных результатов показывают, что детей, страдающих остеохондропатией, следует лечить в санаториях, а не в амбулаторных условиях, так как лечение направлено на ограничение движений (постельного режима на срок от 2 до 3 лет в зависимости от того, в какой стадии заболевания ребенок был госпитализирован). В комплекс лечебных мероприятий должны входить: климатолечение, витаминно- и физиотерапия и, что очень важно, лечебная гимнастика для сохранения нормального объема движений в пораженном суставе.

Summary

Our experience of treating and individual evaluation results indicate that children suffering from osteochondropathy should be treated in the sanatorium, and not in an outpatient conditions, as the treatment tends to limit the movements (bedrest for a period of 2 to 3 years depending on at what stage of the disease a patient was hospitalized). The combined treatment should include: climatic treatment, vitamin-and physiotherapy, and, very importantly, therapeutic exercises to maintain normal range of motion in the affected joint.

УДК: 616-428-002.5-053.6

Туберкулез периферических лимфоузлов у подростка (случай из практики)

Садыкова Г.М.

Межрайонный ГПТД, г. Алматы

На сегодняшний день удельный вес внелегочных форм туберкулеза в Казахстане составляет 8,7%, в том числе туберкулезный лимфаденит занимает второе место [1]. Растет число тяжелых, распространенных и запущенных форм заболевания, что составляет более 50% впервые выявленных больных внелегочных форм туберкулеза [2, 3]. Увеличивается число ятрогенных осложнений, вызванных неадекватными лечебно-диагностическими манипуляциями [4]. Все это требует разработок новых малоинвазивных методов диагностики и лечения туберкулеза периферических лимфоузлов.

Для иллюстрации эффективности комплексного лечения туберкулеза периферических лимфоузлов представлен случай из клинической практики.

Больная Б., 13 лет, амбулаторная карта №1472, наблюдалась на диспансерном учете в противотуберкулезном диспансере г.Алматы.

Диагноз клинический: Туберкулез периферических лимфоузлов надключичной группы слева, казеозная форма, активный, МБТ+. Новый случай. 1 категория.

Из анамнеза: больная из очага туберкулезной инфекции (мать перенесла инфильтративный туберкулез с распадом, МБТ+ в 2010г.). Считает себя больной в течение 6 месяцев. После простуды в левой шейной области стал пальпироваться увеличенный лимфатический узел. Начало заболевания острое, с подъемом температуры до 38°, резкой потливостью и похуданием.

Обратилась к районному хирургу. В течение 2 недель проводилась терапия неспецифическими антибиотиками (ампициллин №7, цефазолин №7, метрогил №5, ровамицин №5). накладывались компрессы с диоксидином, с мазью Вишневского. Отмечалась незначительная положительная динамика. Нормализовалась температура, уменьшился в размере лимфатический узел. Далее заболевание протекало бессимптомно, лимфатический узел не беспокоил больную. Заболевание было выявлено фтизиатром через 6 месяцев при очередном обследовании по контакту с больным туберкулезом. Проведена была пункционная биопсия лимфатического узла справа, где отмечен визуально казеоз, участки фиброза. При исследовании пунктата лимфатического узла на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом бактериоскопии получен положительный результат (+++). Больная госпитализирована на стационарное лечение в противотуберкулезный диспансер.

При поступлении состояние средней тяжести. Умеренные симптомы интоксикации. Местно опреде-

ляется: увеличенный лимфатический узел 3,5x7,0см в диаметре, спаянный с окружающей тканью, болезненный, мягкий с флюктуацией в центре (рис. 1).



Рис. 1 - Больная Б, 13 лет.
Туберкулез периферических лимфоузлов шейной группы слева, казеозная форма

Анализ крови при поступлении в стационар: Нв 126 г/л, Эр $4,4 \times 10^{12}/л$, Л $7,7 \times 10^{12}/л$, б - 0,5%, э - 0,5%, п/я - 8,5%, с/я - 61%, лимф. - 23%, м - 6,5%, СОЭ - 48 мм/час.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологии не обнаружено.

При посеве пунктата лимфатического узла при поступлении отмечен рост МБТ (++++), чувствительных ко всем препаратам.

Больной назначена химиотерапия в режиме I категории, препаратами изониазид, рифампицин, пирразинамид, этамбутол. Дополнительно применялась патогенетическая терапия, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия. Через 1,5 месяца комплексного лечения купировались симптомы интоксикации, больная прибавила в весе на 6 кг. Местно отмечалось: исчезновение местных признаков воспаления и уменьшение размера лимфатического узла (рис.2.)

Через 4 месяцев лечения в области поражения пальпировался лимфатический узел размером 1,7 см в диаметре, спаянный с окружающей тканью, безболезненный.

Учитывая наличие положительной клинико-лабораторной динамики процесса к 4 месяцам, была за-



Рис. 1- Больная Б, 13 лет.
Уменьшение размера лимфатического узла в размере

кончена интенсивная фаза химиотерапии. Больная выписана под наблюдение противотуберкулезного диспансера на амбулаторное лечение. В условиях противотуберкулезного диспансера больная продолжила поддерживающую фазу лечения 2 препаратами (изониазид и рифампицин) в течение 4 месяцев. Дополнительно проводились физиотерапевтические методы лечения (фонофорез с лидазой)

К окончанию 8-месячного курса лечения в области поражения пальпировался лимфатический узел размером 1,0 см в диаметре, плотный, безболезненный, подвижный. Данный случай иллюстрирует эффективность комплексного лечения туберкулеза периферических лимфоузлов. Применение 4 наиболее активных противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе в течение 4 месяцев и физиотерапевтические методы лечения позволили добиться быстрого уменьшения в размерах воспаленного лимфоузла, за счет уменьшения экссудативно-некротических тканевых изменений. Рассасывающее действие препаратов на тканевой тип лимфоидной ткани, преимущественно продуктивного характера, позволило сократить сроки лечения и добиться минимальных остаточных изменений.

Литература

1. Казенный Б.Я. Клиническое и эпидемиологическое значение первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза: Автореф. дис.... канд. мед. наук: 15.03.2004. – М., 2004.- 29 с.
2. Маскеев К.М. Особенности периферического лимфаденита у сельских жителей Казахстана: Автореф. дис.... д-ра мед. наук: 10.02.1972. – М., 1972.- 36 с.
3. Баймуханова К.Х., Статистический сборник по туберкулезу в Республике Казахстан. МЗ РК., 2009. Астана. – 74с.
4. Батыров Ф.А. и др. // Пробл. туб. и болезней легких. – 2003. - № 8.- С. 49-50.

УДК: 616.24-002.5-06:616.98:578.828.6]-07

Практические аспекты диагностики туберкулеза легких при ВИЧ

Тусупбекова К.Т., Сулейменова Ш.Б., Табриз Н.С., Турханова Ж.Ж.

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней
КарГМУ*

Туберкулез является одним из распространенных инфекционных заболеваний, поэтому в 1993 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) объявила его проблемой, требующей безотлагательных действий в глобальном масштабе [3]. Экстремальное изменение среды обитания людей, как правило, негативно влияет на общее состояние здоровья. Это благоприятный фактор для развития туберкулезной инфекции.

Известно, что микобактерией туберкулеза инфицирована третья часть населения всей планеты. Поражая людей различного возраста, особенно не старше 45 лет, он ведет к потере трудоспособности, представляя медико-социальную проблему.

В последние годы фтизиатрия достигла значительных успехов в связи с внедрением инновационных методов диагностики и лечения заболевания, скринингового обследования жителей отдаленных населенных

пунктов и ежегодного медицинского осмотра городских и сельских жителей.

В конце 80-х годов была отмечена массовая вспышка заболеваемости туберкулезом в США, Европе и Африке, частично за счет лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) [1]. Более 40,0% наркопотребителей являются зараженными ВИЧ, и одной из главных причин смертности у них является туберкулез, который составляет 32% среди всех причин смертности от СПИД-а [2].

У лиц, страдающих СПИД-ом, выделяется мультистойкий по отношению к лекарственным препаратам штамм микобактерии туберкулеза, который растет в 20-100 раз медленнее, чем другие бактерии. Требуется от 4 до 6 недель, чтобы получить колонию М. туберкулеза для определения чувствительности к лекарственным средствам. Все это создает угрозу для широкого распространения инфекции [3].

Существует зависимость между степенью иммунодефицита и клиническим течением туберкулеза. Так, при низком уровне Т-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных больных заболевание отличается тяжелым течением, с ранним развитием диссеминации и деструкции легочной ткани. При достаточном уровне Т-лимфоцитов симптоматика туберкулеза характеризуется типичной инфильтрацией легочной ткани, субфебрильной температурой, потливостью и экстрапульмональными поражениями [4].

Примером может служить следующее наблюдение.

Больной Ш., 24 лет поступил в клинику с жалобами на кровохарканье, повышение температуры тела до 38°C, одышку смешанного характера, потливость, отсутствие аппетита, похудание, общую слабость.

Из анамнеза: В течение последнего месяца перед поступлением в стационар беспокоят кашель со скудной мокротой и прожилками крови, субфебрильная температура тела, одышка при ходьбе, общая слабость. Пациент с 18-летнего возраста употребляет наркотические средства. Два года назад диагностированы ВИЧ, хронический вирусный гепатит С.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенический тип телосложения, кожа бледная, субиктеричная, влажная, увеличение затылочных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов. Тахипноэ. В нижней доле над S8-10 справа ослабленное везикулярное дыхание на фоне притупления перкуторного звука. Тоны сердца ослабленной звучности, ритм правильный, ослабление I тона и систолический шум над трикуспидальным клапаном. ЧСС 112 уд./мин. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот не увеличен в объеме. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. Селезенка не увеличена.

При исследовании крови выявлены гипохромная анемия 1 ст., лейкоцитоз ($14,2 \times 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ до 34 мм/ч; СРБ +++++, АЛТ 312 ммоль/л, АСТ 189 ммоль/л, билирубин 42,0-21,0 мкмоль/л.

Эхо КС: трикуспидальная недостаточность I степени. Сократительная способность сердца удовлетворительная (ФВ 66,0%).

УЗИ ГДЗ: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Своеобразие клинической симптоматики: кровохарканье, субфебрильная температура тела, синдром уплотнения легочной ткани у ВИЧ-инфицированного пациента явился причиной для диагностического поиска туберкулеза легких.

В анализе мокроты выявили микобактерии туберкулеза.

На рентгенограмме органов грудной клетки: инфильтративная тень в нижней доле (S 8-10) правого легкого.

Фтизиатром выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез легких.

В данном случае типичная клиническая симптоматика туберкулеза свидетельствовала о достаточном уровне Т-лимфоцитов у больного ВИЧ.

Трудность диагностики туберкулеза легких при стертой клинической картине и отсутствии микобактерий в мокроте продемонстрировал следующий случай.

Больной З., 28 лет поступил в клинику с жалобами на лихорадку с ознобом, непродуктивный кашель, одышку смешанного характера, сердцебиение, потливость, отсутствие аппетита, похудание, общую слабость.

Тщательно проведенный расспрос больного и его родственников позволил выяснить, что пациент в течение нескольких лет принимал инъекционные наркотики, имела место неразборчивая половая связь. В 2009 году был диагностирован вирусный гепатит С.

Больной астенического телосложения, бледность и влажность кожи, увеличение затылочных, задне-шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов. В легких: над S8-9 справа - притупление перкуторного звука и ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ослабленной звучности, ритм правильный, ЧСС 106 уд./мин. АД 100 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования: Общий анализ крови: Эр $-4,6 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв $-134 \text{ г}/\text{л}$, L $-10,7 \times 10^9/\text{л}$, Тг $-289 \times 10^9/\text{л}$, э-1 с-73 э-3, м-10 л-16, СОЭ 32 мм/ч;

Анализ мокроты: бесцветная, слизистая, вязкая, эпит. бол. к-во, лейкоц.-10-14 в п.зр., эр - ед. в п.зр. Микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Бак. посев мокроты: выделена *Klebsiellae* sp.

Биохимический анализ крови от 31.10.11г.: АЛТ 104 ммоль/л, АСТ 86 ммоль/л, билирубин $-16,0-4,0$ мкмоль/л, мочевины $-3,8$ ммоль/л, креатинин $-0,064$ ммоль/л, глюкоза крови $-5,3$ ммоль/л, СРБ ++;

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 115 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ ГДЗ: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

На рентгенограмме органов грудной клетки: инфильтративная тень в нижней доле (S8-9) правого легкого.

Результаты ИФА: Гепатит С: положительный (339,70)

Проведено дифференциально-диагностическое обследование больного, учитывая анамнестические данные о наркопотреблении и неразборчивой половой связи, лимфоаденопатию, вирусный гепатит С, атипичную пневмонию, выраженный интоксикационный синдром, включая двукратное проведение ИФА на ВИЧ и ИБ, которые оказались положительными. Пациент консультирован в СПИД-Центре, выставлен диагноз: ВИЧ, I клиническая стадия. Генерализованная лимфоаденопатия. Внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести. ДН II. Хронический вирусный гепатит С.

Несмотря на проводимую антибактериальную, дезинтоксикационную, антиоксидантную, общеукрепляющую терапию, у больного сохранялись субфебрильная

температура тела, кашель, потливость. В динамике над очагом уплотнения легочной ткани дыхание стало прослушиваться лучше, влажные хрипы не выслушивались. Однако над верхней долей правого легкого (S 2-3) определялись притупление перкуторного звука и ослабленное везикулярное дыхание. При рентгеноскопии в верхней доле справа появились очаговые инфильтративные тени, связанные с корнем «сосудистой дорожкой», признаки междолевого плеврита. Фтизиатром диагностирован инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого.

Атипичная пневмония, отсутствие микобактерий при исследовании мокроты создали значительные трудности в диагностике туберкулеза легких у больного.

Таким образом, совершенное владение клиницистами физикальных методов исследования, правильно составленный план диагностических мероприятий, динамическое наблюдение за больными позволят своевременно поставить полный клинический диагноз, тем самым улучшить прогноз и качество их жизни.

Выводы

Диагностика туберкулеза легких значительно затруднена у больных ВИЧ ввиду частого сочетания ее с атипичной пневмонией и нередко отсутствием микобактерий при исследовании мокроты.

Высокий уровень общей клинической компетентности, включающий тщательный сбор анамнеза и грамотное владение пропедевтическими навыками, знание фтизиатрии и пульмонологии, позволит врачам всех специальностей своевременно диагностировать туберкулез легких и/или пневмонию.

Литература

1. Белозеров Е.С., Змушко Е.И. ВИЧ-инфекция. 2-е издание. – СПб: Питер, 2003. – 368с.
2. Бобкова М.Р. Иммуитет и ВИЧ-инфекция (популярные лекции).-М., 2006. - 242с.

3. Васильев А.В., Гришко А.Н. Аспекты эпидемиологии //Внелёгочный туберкулёз.- С/Пб, 2000.- С.11-33.

4. Шарман А. Синдром приобретенного иммунодефицита //Академия профилактической медицины, NeuroNex, Bethesda, MD, USA, 2006 – 303 с.

Тұжырым

АИТВ-жұқтырғандарда атипиялық өкпе қабыну белгілерімен туберкулездің белгілерінің ұқсас болуынан және қақырықты зерттегенде микобактериялардың болмауынан өкпе туберкулезін анықтау күрделі. Тек науқастың ақпараты мен физикалды тексерудің нәтижесін дұрыс бағалау және қозғалысын бақылау арқылы ғана дәрігерлер уақытылы АИТВ мен респираторлық жолдағы жұқпаларды анықтай алады.

Резюме

Диагностика туберкулеза легких ВИЧ-инфицированных значительно затруднена ввиду частого сочетания ее с атипичной пневмонией и нередко отсутствием микобактерий при исследовании мокроты. Только целенаправленный тщательный расспрос больного, правильная оценка результатов физикального обследования, динамическое наблюдение за ним позволят врачам своевременно диагностировать ВИЧ и инфекции респираторного тракта.

Summary

Diagnosis of pulmonary tuberculosis with HIV is greatly hampered by its frequent combination with atypical pneumonia and, often, by the lack of mycobacteria in sputum. Only focused thorough inquiry of the patient, the correct evaluation of the results of physical examination, dynamic monitoring will allow to specialists to diagnose HIV infection and infections of the respiratory tract.

УДК: 616-002.5-084 (574)

Страницы истории борьбы с туберкулезом в Казахстане: 1918-1940 годы

**Ракишева А.С., Аликеева Г.М., Шахиева А.М.,
Саятова А.С., Балгазин Б.Н.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

До начала 1918 года на территории Казахстана не было ни одного специализированного медицинского учреждения для лечения больных туберкулезом, за исключением небольшого частного пансионата на 30 коек в местечке Боровое, открытого доктором Емельяновым в 1910 году [1]. Работа по проведению противотуберкулезных мероприятий в казахской степи, как и в губерниях России, велась бессистемно и ограничивалась редкими отдельными начинаниями российских научных обществ, иногда частными инициативами меценатов. Например, в 1910 году в России было создано благотворительное общество «Всероссийская лига борьбы с туберкулезом». В г. Оренбурге было сформировано отделение лиги, которое в мае 1914 года провело в городах Оренбурге, Омске, Актюбинске и Верном День «Белой ромашки». На полученные пожертвования были открыты одна кумысолечебница и отделение на 10 коек для туберкулезных больных, однако практической помощи властей для борьбы с туберкулезом Лига не получала и в 1914 году деятельность Лиги полностью прекратилась [2,3].

Первые организационные мероприятия и помощь по борьбе с туберкулезом в Казахстане связаны с учреждением в 1918 году секции по туберкулезу в структуре Наркомздрава РСФСР, открытием Научно-исследовательского института туберкулеза и противотуберкулезного диспансера в г. Москве. Уже в 1919 и 1920 годах под руководством секции туберкулеза Наркомздравом РСФСР были проведены Всероссийские съезды по социальным болезням. По результатам докладов стало ясно, что показатели заболеваемости туберкулезом в стране приняли угрожающие размеры. Причины роста заболеваемости были очевидны: гражданская война и разруха, миграция населения, голод. Нужны были срочные координирующие меры, поэтому были разработаны директивные указания о создании секций по туберкулезу во всех губерниях России и Наркомздравах автономных республик, в том числе в Казахстане, и проведение в 1922 году отдельного Съезда по проблемам туберкулеза в г. Петрограде [4].

Для подготовки к съезду во все губернские здравотделы и уездные врачебные пункты РСФСР, в том числе КАССР, были высланы анкеты с перечнем вопросов о состоянии медицинской помощи больным туберкулезом. Анализ анкет из Казахстана показал, что при численности населения около 4 млн. человек в республике нет спе-

циальных стационарных учреждений для туберкулезных больных, пациенты при необходимости госпитализируются в терапевтические отделения губернских больниц; специалистов врачей-фтизиатров в республике всего два (в Кызылорде и Петропавловске), в уездах туберкулезных больных принимают фельдшеры. Дети, больные туберкулезом, в 1921 году никакой помощи не получали даже в г.Оренбурге – административном центре Казахстана. Регистрация туберкулезных больных в Казахстане не проводилась, а помощь больным была крайне скудной, специализированных курортов для них не было [5, 7].

В феврале 1922 года на Всесоюзном Съезде по туберкулезу в г. Петрограде было отмечено, что туберкулезная секция Наркомздрава КАССР находится только в стадии формирования: составлялись планы совместной работы с органами Социального обеспечения, формулировались задачи по оздоровлению условий быта и труда, полного социального обеспечения туберкулезных больных, т.е. рациональное трудоустройство, помощь в получении жилья и льготного питания, санаторно-курортное лечение. Для решения поставленных задач нужны были подробные статистические данные о распространенности заболеваемости туберкулезом, что могло быть выполнено только при наличии сети диспансеров. Поэтому на заседаниях коллегии Наркомздрава КАССР настойчиво обсуждались вопросы развертывания противотуберкулезных диспансеров для приема взрослого и детского населения. Упорное внимание уделялось проблеме подготовки врачей-фтизиатров и вопросам специализации.

Первый противотуберкулезный диспансер, но в очень усеченном варианте, был открыт в 1922 году в г. Оренбурге. Затем были организованы противотуберкулезные диспансеры в городах Казахстана: Петропавловске (1924), Семипалатинске (1924), Чимкенте (1925), но практически они не функционировали до 1928 года, т.к. не было специалистов, лабораторий и рентгенкабинетов. В Кызылорде городской диспансер был открыт в 1924 году при Центральной амбулатории, и только через четыре года здесь удалось развернуть стационар на 20 коек.

Диспансер в Уральске со стационаром на 20 коек был открыт осенью 1925 года в помещении бывшей противочумной станции. Позднее открылись диспансеры в Гурьеве (1930) и Щучинске (1931). В Алма-Ате противотуберкулезный диспансер был открыт в 1927 году, где

первоначально функционировали всего 3 кабинета для амбулаторного приема больных; стационар на 30 коек появился здесь лишь в 1933 году.

На диспансеры возлагались большие надежды, в их обязанности вменялось не только наблюдение и лечение туберкулезных больных, но и активное участие в развертывании сети санаториев с кумысолечением, специализированных стационаров для туберкулезных больных, выпуск листовок и брошюр, формирование передвижных медицинских отрядов для проведения профилактических осмотров в сельских районах республики [7]. Уже в 1924 году Наркомздрав КАССР командировал 8 передвижных медицинских отрядов на длительные сроки, т.е. на 3-6 месяцев. Но это были сводные отряды с общими задачами осмотров населения, регистрации общей заболеваемости, в том числе случаев туберкулеза. Было обследовано 14 уездов, но, как показывают отчеты, работа проводилась без качественного и углубленного обследования, в отряде не всегда были специалисты-фтизиатры, поэтому регистрировались лишь случаи тяжелых, выраженных форм туберкулеза.

В середине 20-х годов появились первые сообщения о результатах работы экспедиций. Например, отряд врача Доброхотова З.А. при осмотре населения Перовского уезда (ныне г. Кызылорда) и отряд Елизарьева В.И. в Семипалатинской и Павлодарской губерниях установили, что выявленная заболеваемость туберкулезом составляла от 4 до 8 %, смертность от туберкулеза в 1925-1927 годах достигала 32,7, а среди казахов - 67,1 случая на 10 000 населения. По данным Александровского П.В., заболеваемость туберкулезом казахов в г. Кызылорде составляла 25 случаев на 10 000 населения в 1923 году и 44 случая в 1924 году; смертность - 52 на 10 000 населения [8-11].

Для борьбы с туберкулезом срочно требовались квалифицированные специалисты, но в республике до 30-х годов не было ни одного медицинского вуза, поэтому обеспеченность врачебными кадрами, в том числе фтизиатрами, полностью зависела от приезда квалифицированных кадров из других губерний РСФСР. В августе 1931 года было принято отдельное Постановление НКЗ РСФСР об открытии курсов заочного обучения по фтизиатрии. Работу в стране возглавил Центральный туберкулезный институт РСФСР, где был организован сектор заочного обучения врачей-фтизиатров для работы в автономных республиках и губерниях. Для Казахстана предполагалось в 1931 году подготовить 30 специалистов [12, 13].

В рамках шефской помощи осенью 1931 года из Центрального института курортологии РСФСР (г. Москва) в республику прибыла группа специалистов под руководством проф. Н.А. Коростелева для изучения возможности организации курортного дела в Казахстане. Было установлено, что по состоянию на 1931 год в республике функционировали уже 9 курортов, но не было ни одно-

го специализированного санатория для туберкулезных больных; всего в 2-х медицинских учреждениях Казахстана проводилось кумысолечение – это в лечебнице Бер-Чогур на 20 коек, находившейся в ведении железнодорожного транспорта, и в Уральской сезонной лечебнице органов Социального страхования на 100 коек. Курорт Боровое в тот период находился в полном ведении НКЗ РСФСР и функционировал только в летний сезон.

В итоге на совместном заседании НКЗ КАССР и московских специалистов впервые в республике было запланировано строительство санатория для туберкулезных больных в Семипалатинской области – на 50 коек и санатория «Кабанья щель» в Каркаралинском округе – на 25 коек, а также строительство кумысолечебниц в Манкенте – на 50 коек и в Каркаралинском округе – на 50 коек. В окрестностях Алматы для строительства курорта была выбрана живописная территория «Каменское плато», до революции принадлежавшая казачьему атаману Бычкову. Здесь с мая 1932 года начала работать здравница, а с апреля 1936 года этот курорт на 150 коек стал круглогодичным. При численности населения республики 7577500 чел. и высокой заболеваемости туберкулезом такие планы строительства не соответствовали потребности здравоохранения, но финансовые возможности республики не позволяли начать широкое строительство учреждений для туберкулезных больных [14].

Обеспеченность медицинской помощью и кадрами на протяжении 30-х годов оставалась низкой: к концу первой пятилетки в республике осталось 15 врачей-фтизиатров (при минимальной потребности – 185), функционировали всего 5 ГПТД и 3 специализированных стационара для туберкулезных больных [15]. На начало второй пятилетки, в 1933 году, для республики необходимо было не менее 3756 врачей, в том числе 274 фтизиатра [16]. В связи с низкой укомплектованностью медицинскими кадрами, учет показателей заболеваемости и изучение клинических форм туберкулеза практически не выполнялись, в Казахстане не было координационного центра по борьбе с туберкулезом. Поэтому в марте 1932 года в республике состоялось историческое событие – был открыт Казахстанский государственный туберкулезный институт Народного Комиссариата Здравоохранения КАССР (ныне Национальный центр проблем туберкулеза РК). Первоначально институт располагался в одноэтажном доме на базе Алматинского противотуберкулезного диспансера по ул. Красина, уг. Калинина, затем, в 1936 году, перебазировался в построенный новый корпус. Основателем и директором института стал Василий Иванович Зюзин, назначенный коллегией Наркомздрава РСФСР. Это был уже квалифицированный специалист с опытом врача-фтизиатра и научного сотрудника: до приезда в Казахстан Зюзин В.И. обучался в аспирантуре Северо-Кавказского противотуберкулезного института (1929-1932). Позже в Алма-Ате он защитил кандидатскую (1937) и докторскую диссертации (1954).

Работа института туберкулеза началась с планирования структуры нового учреждения, а 9 марта 1933 года Коллегия НКЗ КАССР утвердила положение об институте и уточнила его структуру с введением отделов и отделений. Уже в начале 30-х годов в республику из России приехали приглашенные специалисты-фтизиатры, чьи имена и сегодня хранятся в истории Казахстана: Барановская В.С., Беспалова В.И., Желваков Н.В., Завадский В.Ю., Задворных А.М., Кафтановский М.А., Морозов М.Е. и др.

При открытии туберкулезного института, в 1932 году, работа ограничивалась амбулаторным приемом больных: 2 терапевтических приема, 1 – хирургический и прием детей на 0,5 ставки. Стационара в начале года не было, что ограничивало возможность проведения научных исследований. При открытии института в лаборатории был только один лаборант без медицинского образования, лишь в 1935 году их стало 3. В основу всей научной работы института было положено изучение туберкулеза среди населения республики и проведение практических мероприятий. В план работы были включены научные темы: 1) Изучение географии туберкулеза, 2) Изучение смертности от туберкулеза в крупных городах, 3) Раннее выявление туберкулеза среди организованных групп взрослого и детского населения, 4) Изучение клиники железистых форм туберкулеза, 5) Изучение клинических и патологоанатомических форм туберкулеза.

В целях изучения географии и частоты заболеваемости туберкулезом уже с 1932 года институт стал регулярно направлять научно-практические экспедиции в сельские и промышленные районы. В первые четыре года экспедиции работали в Балхаше, Карсакапае, Караганде, Доссоре, Актюбинской и Алматинской областях. Было установлено, что показатели пораженности населения туберкулезом составляют от 3,2 до 9% [17].

Согласно Постановлению СНК РСФСР за № 1176 «О мероприятиях по борьбе с туберкулезом» от 10 декабря 1934 года, регулярному врачебному осмотру подлежали работники детских учреждений, предприятий пищевой промышленности и общественного питания, продуктовых складов и магазинов, парикмахерских. В отдельном пункте было предложено организовать в 1935 году в г. Алма-Ате (и 13 городах России) вакцинацию всех новорожденных по «способу Кальметта».

В целях выполнения вышеизложенного Постановления СНК РСФСР от 10.12.1934г. за №1176, в адрес НКЗ КАССР и областные здравотделы поступило подробное Инструктивное письмо «Об организации раннего выявления туберкулеза». В Инструктивном письме подчеркивалось, что «... Три основных пути являются решающими в борьбе с туберкулезом: вакцинация новорожденных, развертывание системы профилактических мероприятий, оказание больным квалифицированной помощи. Эти меры, в свою очередь, требуют постоянной заботы о высоком техническом вооружении туберкулезных учре-

дений (рентген, лаборатория), высококвалифицированного персонала, тесной совместной работы тубдиспансеров с общими детскими лабораториями и консультациями, широкой санации туберкулезных очагов и непосредственного участия общественности в борьбе с туберкулезом» [18].

С момента организации и открытия Казахстанского государственного туберкулезного института народного комиссариата здравоохранения КАССР всю координирующую работу по борьбе с туберкулезом стал выполнять этот научный институт, вначале в основном клиническую и профилактическую работу, но постепенно накапливался статистический и лабораторный материал. В 1936 году на 1 съезде врачей Казахстана на секции по туберкулезу были заслушаны доклады сотрудников института туберкулеза: 1) Милиарный туберкулез у детей, 2) Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей детских домов г. Алма-Аты, 3) Туберкулез среди национальностей СССР и др. [20].

С середины 30-х годов колоссальная организационная и научная работа была возложена на рентгеновское отделение института. Здесь за ряд лет был собран материал по теме: «Туберкулез у казахов по данным рентгена». Работа этого отделения часто срывалась из-за нерегулярной подачи электроэнергии, что объяснялось очень маломощной ГЭС, впервые построенной в г. Алма-Ате только в 1934 году. Объема электроэнергии не хватало для обеспечения всего города, поэтому были частые отключения. Но в дни подачи электричества работа сотрудников за счет огромного напряжения удваивалась, и в результате осматривались все больные диспансера.

Постепенно структура института расширялась и совершенствовалась. В 1935-1936 годы в структуре института были: отдел социологии, клиническое отделение для взрослых, экспериментально-биологическое отделение с лабораторией, рентгеновское отделение, библиотека, диспансер, детское клиническое отделение, научное отделение, АХО [21].

К 1935 году были отмечены достижения в развитии сети туберкулезных учреждений: открылся диспансер в Доссоре, возобновил работу диспансер в г. Актюбинске, который был закрыт в 1932 году из-за отсутствия врача, открылись тубпункт в Кустанае и больница на 100 коек в Кызылорде (в т.ч. 25 легочных и 25 костно-хирургических), для которой Казнаркомздравом было отпущено 200 тыс. рублей, планировалось открытие диспансера в Аулие-Ата. В 1936 году в Кустанайской области заработала Боровская кумысолечебница, а в 1937 году в городе открылся областной противотуберкулезный диспансер со стационаром на 100 коек. Диспансер в Джамбуле, открытый еще в 1935 году, только к 1938 году был укомплектован: по штату работали 1 врач и 1 медсестра; но стационар на 15 коек появился много позднее – в 1942 году. Трудно расширялся противотуберкулезный диспансер

Таблица – Фтизиатрическая служба в Казахстане в 1935-1940 годы

| Годы Показатели | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 |
|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Число фтизиатров | 46 | 49 | 65 | 98 | 101 | 112 |
| Противотуберкулезные диспансеры | 7 | 10 | 13 | 14 | 16 | 16 |
| Туберкулезные пункты | 7 | 5 | 9 | 10 | 6-8 | 6-8 |
| Туберкулезные кабинеты | - | - | 5 | 6 | 6 | 6 |
| Туберкулезные стационары | 12 | 10 | 15 | 43 | 43 | 43 |
| Число туберкулезных коек | 1475 | 1580 | 1653 | 2830 | 3052 | 3115 |

в Павлодаре, организованный в 1933 году на базе двух маленьких домиков с печным отоплением и привозной водой. Здесь разместились амбулатория и тесный стационар на 30 коек. В 1938 году Павлодарский диспансер организовал еще 30 «коек на дому», где больным выделялись медикаменты и питание за счет диспансера. Этот диспансер оставался единственным противотуберкулезным учреждением в области до 1951 года [22].

Постепенно под руководством Казахстанского туберкулезного института все шире охватывалась территория изучения распространенности заболеваемости среди населения республики. В июле 1935 года в Караганду, Доссор и глубинные районы Южно-Казахстанской области были направлены специализированные комплексные экспедиции, в составе которых были фтизиатры, рентгенологи, педиатры, отоларингологи. Наряду с практическими задачами перед членами экспедиции ставились и научные проблемы. Например, в Караганде, где был всего 1 тубпункт и в штате работал 1 врач, специалистами экспедиции были изучены показатели распространенности туберкулеза у рабочих каменноугольной промышленности и состояние дыхательных путей у шахтеров, проводилось изучение физического развития взрослых и детей, была составлена санитарно-гигиеническая характеристика предприятий. В Доссоре, центре нефтяников, план и объемы работы экспедиции были схожие [23].

Анализ архивных документов показывает, что в течение всей второй пятилетки план развития фтизиатрической службы нарушался. В Постановлении Совнаркома КАССР от 10 мая 1935 года «О расширении и укреплении мероприятий по борьбе с туберкулезом» было указано на ряд грубых ошибок в службе фтизиатрической помощи: закрытие тубпунктов в Кызылорде, Костанае, Караганде и временное закрытие диспансера со стационаром в Акмолинске из-за отсутствия кадров, закрытие тубстационара в Риддере, резкое сокращение больничных коек для туберкулезных больных в Семипалатинске и Доссоре. Подобная картина наблюдалась и в других регионах РСФСР, в связи с чем были приняты постановление СНК РСФСР от 28.10.1936 и приказ Наркомздрава РСФСР от 20.11.1936 о запрещении свертывания тубучреждений

на территории РСФСР, в т.ч. в Казахстане [24]. К концу пятилетки, в 1937 году, в КазССР фактически работали всего 13 диспансеров в городах: Чимкенте, Петропавловске, Караганде, Акмолинске, Актюбинске, Уральске, Доссоре, Джамбуле, Павлодаре, Кызылорде, Алма-Ате, Семипалатинске. В г. Щучинске работал единственный в Казахстане Межрайонный противотуберкулезный диспансер, организованный с привлечением местного бюджета и колхозных средств. В числе положительных фактов было отмечено открытие детского костно-туберкулезного санатория в Алма-Ате на 150 коек [26].

Наркомздрав СССР издал приказ № 1053 от 26 августа 1938 года: направить в Казахстан 217 врачей и 240 средних медработников, но в конце июля прибыло соответственно 9 и 24. Было понятно, что укрепление медицинской службы, в том числе и фтизиатрической сети возможно лишь при увеличении подготовки специалистов внутри республики. Поэтому Приказом Наркомздрава СССР за № 1053 было установлено: расширить рабфак и курсы по подготовке в медицинский вуз, увеличить общий прием абитуриентов до 600 человек, в наборе абитуриентов увеличить удельный вес мужчин до 50% из числа коренного населения [28]. Это была необходимая мера для обеспечения населения Казахстана медицинской помощью, в т.ч. фтизиатрической. Как видно из нижеприведенной таблицы, медленная, но позитивная динамика роста числа специалистов-фтизиатров, больниц и стационарных коек для туберкулезных больных наблюдалась во второй половине 30-х годов.

В период 1935-1940 годов в 2,4 раза увеличилось число врачей-фтизиатров, возросло число диспансеров от 7 до 16, был заметным рост туберкулезных стационаров – от 12 до 43, более чем в 2 раза увеличилось число коек, но, как и прежде, это было недостаточно для более чем 7-миллионного населения республики [29].

Перед фтизиатрической службой Казахстана стояли прежние задачи – наращивание медицинской помощи, расширение курортов, развитие науки. Но наступил 1941 год и грянула война. В Казахстане накануне войны общее число врачей всех специальностей составляло 2144 человека, более половины из них ушли в военно-полевые

госпитали. Сегодня это отдельная страница в истории страны.

Прошли годы, в результате планомерной работы в стране достигнуты значительные успехи в борьбе с туберкулезом. Эффективное выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий позволило стабилизировать эпидемическую ситуацию по туберкулезу. Существенно укреплена материально-техническая база противотуберкулезных учреждений, все они оснащены современным медицинским и лабораторным оборудованием. По итогам миссии ВОЗ отмечен заметный прогресс во всех аспектах Национальной программы по туберкулезу: диагностике, лечении, в том числе больных с множественной лекарственной устойчивостью, инфекционного контроля, диспансерного наблюдения, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий.

Приоритетными направлениями Национальной Программы борьбы с туберкулезом на сегодня являются: решение проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, усиление кадрового потенциала, своевременное выявление и диагностика туберкулеза, повышение приверженности больных к лечению, совершенствование мер инфекционного контроля [30].

Литература

1. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д. 3542/2
2. Зюзин В.И. История борьбы с туберкулезом в Казахстане //Здравоохранение Казахстана.- 1959 № 3, с. 47-50.
3. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.1914/2
4. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 1, д. 74, л. 21-22
5. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 1, д. 94, л. 5-11, 19
6. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 1, д. 94, л. 26
7. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.3542/43
8. Доброхотов З.А. Заболеваемость населения Перовского уезда. Туркестанский мед. журнал, 1925, т.4, № 6, стр. 212-213.
9. Елизарьев В.Н. Опыт изучения заболеваемости туберкулезом в степных районах Семипалатинской губернии по материалам подвижных отрядов. //Вестник здравоохранения Казахстана.-1927. № 1. с. 16.
10. Александровский П.В. Туберкулез у казахов. //Вестник здравоохранения Казахстана.-1928. № 1. с. 19.
11. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 1, д.570, л. 6
12. Архив Музея КазНМУ ф. НКЗ оп. 1920-1921, д.311
13. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 1, д.1095, л. 3-6
14. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д. 2363/3
15. Архив Музея КазНМУ ф. НКЗ оп. 1933-1936, д.1
16. Архив Музея КазНМУ ф. НКЗ оп. 1931-1932, д.548
17. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.2556/4
18. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп. 2, д.44, стр. 2-21
19. Архив ЦГА РК, ф. 82, оп 44,д.19, л. 1-3
20. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.3542/9
21. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.2556/4
22. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.2941/8, 2389/1
23. Архив Музея КазНМУ ф. НИИ оп. Туб., д.3542/9, 2556/4
24. Архив ЦГА РК, ф. 1473, оп 1,д.11, л.579-583
25. Архив ЦГА РК, ф. 1473, оп 1,д.26, л. 51
26. Архив ЦГА РК, ф. 1473, оп 1,д.63, л. 9
27. Архив ЦГА РК, ф. 1473, оп 1,д.11, л. 584
28. Архив ЦГА РК, ф. 1473, оп 1,д.50, л. 19
29. Архив Музея КазНМУ ф. НКЗ оп. 1935-1940, д.1
30. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан //Фтизиопульмонология.– 2012.- № 1 (20). –С.4-6.

Тұжырым

1918-1940 жылдары Қазақстан халқына көрсетілген фтизиатриялық көмектің өте баяу дамығанын, мұрағат құжаттары куәландырып отыр. Туберкулезге қарсы мекемелердің құрылыс жүйелерінің жоспарлары бірінші (1929-1933) және екінші бесжылдықтарда (1933-1937) орындалмады. Алматы қаласында туберкулез Ғылыми-зерттеу институтының ашылуы, 1932 жылы туберкулезге қарсы күресті үйлестіру жұмыстарын бастауға мүмкіндік берді. Бірақ, сол кездегі медицина жүйесі халықтың талабына сай болмады. Кадрлар мәселесін шешу, республика ішінде фтизиатр-мамандарды тек кеңейтілген даярлау барысында ғана, орындалуы мүмкін болды.

Резюме

Архивные документы свидетельствуют, что фтизиатрическая помощь населению Казахстана в 1918-1940 годах развивалась крайне медленно. Планы строительства сети противотуберкулезных учреждений в первой (1929-1933) и второй пятилетках (1933-1937) не были выполнены. Открытие в г. Алма-Ате Научно-исследовательского института туберкулеза в 1932 году позволило начать координационную работу по борьбе с туберкулезом, но существующая медицинская сеть не соответствовала потребностям населения. Решение кадровой проблемы могло быть выполнено только при расширенной подготовке специалистов-фтизиатров внутри республики.

Summary

Archive documents confirm that tuberculosis assistance to Kazakhstan population in 1918-1940 was developing very slowly. The target to develop a network of antituberculous settings during the first (1929-1933) and second (1933-1937) five-year plans was not achieved. The opening of Research Institute of Tuberculosis in Almaty in 1932 has allowed the start of antituberculous coordination work. But existing health care network has not satisfied the needs of population. Human resource problem could only be solved with extensive preparation of tuberculosis specialists in the republic.

Бронхоэктатическая болезнь: современный взгляд на старую проблему

*Тусупбекова К. Т., Койгельдинова Ш.С., Беков Е.К., Егорова В.П.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней КарГМУ*

Ключевые слова: бронхоэктазы, кашель, мокрота, одышка.

Бронхоэктатическую болезнь рассматривают как необратимое хроническое заболевание органов дыхания, в основе которой лежит расширение бронхов обычно IV - VI порядков, превышающее просвет нормального в 2 раза и более, возникающее, как правило, в возрасте от 3 до 18 лет и проявляющееся хроническим, преимущественно эндобронхиальным нагноением [1, 2].

В большинстве случаев отмечается постнатальное нарушение дифференцировки бронхиального дерева под влиянием бронхолегочной инфекции, после перенесенных в детском возрасте кори, коклюша, гриппа, острых пневмоний.

Бронхоэктатическая болезнь врожденного происхождения сочетается с другими пороками развития - синдромом Картагенера (триада симптомов: бронхоэктазии, хронический синусит, обратное расположение органов); синдромом Турпина (порок развития позвонков и ребер, расширение пищевода).

Бронхоэктазы могут быть ограниченными (в одном сегменте или в доле легкого) или распространенными (захватывают целое легкое или оба легких) [1]. В 2-3 раза чаще они локализируются в левом легком, преимущественно в нижней доле, у 1/3 больных наблюдается двустороннее поражение.

Выделяют три стадии развития бронхоэктазий. Начальная стадия характеризуется ограниченным расширением мелких бронхов до 0,5-1,5 см в диаметре. Изнутри бронхоэктазы выстланы цилиндрическим эпителием, содержат слизь, гноя нет.

Во второй стадии (нагноения) эпителий бронхов подвергается метаплазии на плоский, отмечается изъязвление слизистой оболочки, выраженная инфильтрация ее стенок полиморфно-ядерными клетками. Бронхи содержат гной. В третьей (деструктивной) стадии бронхи значительно расширяются, эластические и мышечные волокна заменяются соединительной тканью. В легочной ткани прогрессируют явления воспаления и фиброза, компенсаторной эмфиземы, что приводит к легочной гипертензии, гипертрофии правых отделов сердца, нарастанию гипоксии, интоксикации, полиорганной недостаточности.

Классическим симптомом бронхоэктатической болезни является кашель с мокротой, которая отходит «полным ртом» и лучше при определенном положении тела, обеспечивающем хорошее дренирование бронхоэктазии. При стоянии в сосуде мокрота делится на три слоя: нижний - гнойный, средний - серозный, верхний - сли-

зистый. Нередко наблюдается кровохарканье, а легочное кровотечение - у 8-12 % больных.

В период обострения состояние больных значительно ухудшается. Симптоматика заболевания манифестирует кашлем с выделением гнойной мокроты до 300 мл/сут. и более, наиболее выраженной в утренние часы, кровохарканьем, болями в грудной клетке на стороне поражения, лихорадкой (обычно до 38°C), потливостью, слабостью, недомоганием. Нередко сочетается с перифокальной пневмонией.

При тяжелом течении бронхоэктатической болезни развиваются осложнения: дыхательная и сердечная недостаточность, эмфизема легких, диффузный пневмосклероз, амилоидоз, нефрит, печеночная недостаточность, пневмоторакс, эмпиема плевры, абсцесс легкого и т. д.

В качестве иллюстрации приводим клинический случай *больного Т., 23 лет*, находившегося на лечении в пульмонологическом отделении ТОО Медсанчасть «Шахтер Испат Кармет» с клиническим диагнозом: Бронхоэктатическая болезнь, бронхоэктазы в верхних долях обоих легких и в нижней доле справа, тяжелое течение, фаза обострения. Сочетанный диагноз: ХОБЛ, тяжелое течение, фаза обострения.

Осложнения: ДН III. Хроническое легочное сердце, декомпенсированное. ХСН II А ФК 3.

Жалобы при поступлении на продуктивный кашель с мокротой гнойного характера зеленовато-серого цвета в количестве до 200 мл, повышение температуры тела до 38°, одышку смешанного характера в покое, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, отеки на нижних конечностях, чувство тяжести в области правого подреберья, общую слабость, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: Больной страдает хроническим бронхитом с детского возраста. В холодное время года отмечал частые ОРЗ, сопровождающиеся длительным кашлем. С 2004 года беспокоит одышка, постоянный кашель по утрам. Неоднократно лечился в детской больнице по поводу хронического бронхита. В 2009 году стала нарастать одышка, малопродуктивный кашель, появились отеки на нижних конечностях. Больной госпитализирован в пульмонологическое отделение Областной клинической больницы города Караганды. Верифицирован диагноз «ХОБЛ, осложненная хроническим легочным сердцем в фазе декомпенсации, ХСН ФК 2». С этого времени ежегодно 2-3 раза в год находился на стационарном лечении, последняя госпитализация в августе 2011 года. Настоящее ухудшение в течение недели, когда после переохлаждения стали нарастать одышка, кашель с гнойной мо-

кротой, кровохарканье, повышение температуры тела до 37,9°C. Последние дни состояние больного ухудшилось, бригадой «скорой помощи» доставлен в приемное отделение МСЧ.

Не курит. Алкоголь не употребляет. Перенес туберкулез легких в 2006 году.

Объективно: Общее состояние тяжелое за счет сердечной и дыхательной недостаточности. Ортопноэ. Астенического телосложения, пониженного питания. t – 37,8 С. Кожные покровы бледные, влажные, эластичные, горячие на ощупь. Акроцианоз. Пастозность лица. Отеки до с/3 голени, холодные, цианотичные. Увеличены подмышечные лимфоузлы слева, d до 0,7 см, плотной консистенции, подвижные, безболезненные. Эмфизематозная грудная клетка. В легких: мозаичность перкуторного звука, над S_{2-3} слева притупление, ослабленное везикулярное дыхание, над S_{2-3} с бронхиальным оттенком, влажные разнокалиберные хрипы. ЧДД 30 в мин. Пульсация яремных вен. Тоны сердца ослабленной звучности, ритм правильный, короткий систолический шум над трехстворчатым клапаном. ЧСС 120 уд./мин. АД 100/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 3/14-11-9 см, размеры селезенки: 0 8/6 см.

Результаты обследования: Общий анализ крови: Эр $5,2 \times 10^{12}/л$, Нв 171 г/л, L $16,3 \times 10^9/л$, п 2 с 80 э 2, м 6, л10, СОЭ 20 мм/ч;

Общий анализ мочи: к-во 55,0 мл, уд.вес 1014, жел., прозр., белок -0, эп. -ед. в п. зр., лейкоц. - 1-3 в п. зр.;

Анализ мокроты: желтовато-бурая, слизисто-гнояная, вязкая, эпит. 6-8 в п.зр., лейкоц. бол. к-во п.зр., эр до 20 в п.зр. Детрит. Микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Бак. посев мокроты: выделен Ps. aeruginosa КОЕ 10^4 .

Биохимический анализ крови: АЛТ 950 ммоль/л, АСТ 295 ммоль/л, билирубин 31,9-13,7 мкмоль/л, мочевины 4,8 ммоль/л, креатинин 74 ммоль/л, глюкоза крови 3,5 ммоль/л, СРБ +++;

Коагулограмма: фибриноген «В» 3+, фибриноген 3,33, ПТО 1,46.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 112 уд./мин. S-тип. Признаки гипертрофии правого предсердия, обоих желудочков. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Диффузные изменения в миокарде.

На рентгенограмме органов грудной клетки: инфильтративные тени в верхних долях и нижней доле справа. Корни уплотнены, деформированы. Синусы свободные. Расширение границ сердца.

КТ органов грудной клетки: бронхоэктазы в верхних долях обеих легких и в нижней доле справа.

УЗИ ГДЗ: Гепатомегалия. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Спирография: нарушение функции внешнего дыхания по смешанному типу. Обструкция бронхов всех калибров.

Фибробронхоскопия: диффузный двухсторонний эндобронхит. Признаки бронхоэктатического поражения легких.

ЭхоКГ: Дилатация правых отделов сердца. Трикуспидальная регургитация. ФВ 68%.

Анализируя данный пример, можно отметить сложность диагностики бронхоэктатической болезни на раннем этапе ввиду отсутствия типичной клинической симптоматики. Больной продолжительное время лечился по поводу хронического бронхита и туберкулеза легких. Быстрое прогрессирование заболевания заслуживало пристального внимания со стороны педиатров и терапевтов. В случае проведения в детском возрасте бронхоскопии и/или компьютерной томографии удалось бы своевременно диагностировать бронхоэктатическую болезнь и тем самым отдалить ее нежелательные осложнения.

Выводы

Наиболее частой причиной развития бронхоэктатической болезни является постнатальное нарушение дифференцировки бронхиального дерева под влиянием бронхолегочной инфекции.

Длительное течение заболевания с выраженным бронхообструктивным синдромом и дыхательной недостаточностью требует от педиатров и терапевтов проведения диагностического поиска бронхоэктатической болезни.

Своевременная диагностика заболевания значительно улучшит прогноз и качество жизни больных.

Литература

1. Внутренние болезни. Система органов дыхания. - М, 2005. – С. 248-300.
2. Кулмагамбетова И.Р., Алиханова К.А. Руководство по классификациям заболеваний. – Караганда, 2009. – Т.1. – С. 119-123.
3. Цигельник А.Я. Бронхоэктатическая болезнь. -Л., 1968.- 444 с.

Тужырым

Бронхоэктазды аурудың диагностикасы айқын көріністің болмау салдарынан кейде қиын болып табылады. Ауруды сырқат басталғаннан бірнеше жылдан соң верификацияланады. Көп уақыттан бері науқастар созылмалы бронхит, өкпе туберкулезі, созылмалы пневмония бойынша емделеді.

Резюме

Диагностика бронхоэктатической болезни бывает затруднена ввиду отсутствия яркой клинической картины. Верифицировать заболевание удается через много лет от начала заболевания. Больные продолжительное время лечатся по поводу хронического бронхита, туберкулеза легких, хронической пневмонии.

Summary

Diagnostics of the bronchelectatic disease presents some difficulties because of the unclear clinical picture. Verification of the diseases is possible many years later after its onset. Patients are treated for a long time because of the chronic bronchitis, pulmonary tuberculosis or chronic pneumonia.

**ДЮСЕНБЕКОВА
БАКИЗА САПАРОВНА**
(к 75-летию со дня рождения)



25 августа исполнилось 75 лет со дня рождения и 42 года врачебной, научной и педагогической деятельности кандидата медицинских наук, доцента кафедры фтизиопульмонологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова Дюсенбековой Бакизы Сапаровны.

Дюсенбекова Б.С. родилась в 1938 г. в г. Гурьеве. В 1961 году успешно окончила педиатрический факультет Алма-Атинского медицинского института. С этого времени начался долгий и плодотворный путь в клинической медицине и совершенствование педагогического мастерства.

После окончания АГМИ, с 1961 по 1969 г. работала педиатром и педиатром-фтизиатром в Кызыл-Ординской области и г. Гурьеве. С 1969 г. по 1971 г. обучалась в очной аспирантуре при кафедре фтизиатрии Института усовершенствования врачей в г. Алма-Ате. В родных стенах, в кругу коллег и соратников священной Alma-mater проделан славный путь от аспиранта до доцента кафедры. В 1971 г. защитила диссертацию на степень кандидата медицинских наук на тему: «Дифференциация атипичных

и истинных микобактерий туберкулеза и кислотоупорных сапрофитов».

После защиты диссертации Дюсенбекова Б.С. работала ассистентом, а затем доцентом на кафедре фтизиопульмонологии. Более тридцати лет она находилась в передовых рядах научно-педагогического коллектива АГМИ. За эти годы завоевала большой авторитет среди студенчества и коллег как прекрасный лектор, педагог-наставник, вдумчивый ученый, ответственный и дисциплинированный работник. О дисциплинированности и требовательности к врачам, студентам, соратникам и, в первую очередь к себе, на кафедре давно сложены легенды.

Методические материалы, лекции, составленные Дюсенбековой Б.С., до сих пор являются основой для подготовки как молодых, так и достаточно опытных преподавателей.

В течение ряда лет Дюсенбекова Б.С. была заведующей учебной частью кафедры, высококлассным методистом – ответственной за учебно-методическую работу на педиатрическом факультете. Сочетая учебно-методическую, воспитательную работу, доцент Дюсенбекова Б.С. являлась востребованным клиницистом - консультантом городской детской инфекционной больницы, детских поликлиник г.Алматы. Десятки тысяч консультаций, консилиумов, обходов - в каждое звено этого огромного труда Бакиза Сапаровна вложила частичку своего сердца, ума, таланта!

Одним из направлений клинической деятельности доцента Дюсенбековой Бакизы Сапаровны являлась ранняя диагностика тяжелых форм туберкулеза у детей (диссеминированный туберкулез, туберкулезный менингит). Она автор более 40 научных работ, соавтор методического пособия, методических рекомендаций для проведения занятий по детскому туберкулезу.

Около полувека посвящено служению медицинской науке, подготовке врачей-педиатров для практического здравоохранения, повышению их квалификации, совершенствованию личных качеств каждого воспитанника педиатрического факультета медицинского университета. Профессионал-клиницист, наставник, интеллигентный и эрудированный педагог, обаятельная женщина, мама, бабушка - доцент Дюсенбекова Б.С.

Награждена значком «Отличник здравоохранения», дважды - «Почетной грамотой Министерства высшего и среднего специального образования СССР, Почетными грамотами и подарками от Алма-Атинского Государственного медицинского института.

В настоящее время доцент Дюсенбекова Бакиза Сапаровна успешно продолжает педагогическую и клиническую деятельность на кафедре фтизиопульмонологии КазНМУ.

Ректорат, Департамент внутренних болезней и педиатрии, коллектив кафедры фтизиопульмонологии сердечно поздравляют доцента Дюсенбекову Бакизу Сапаровну с 75-летием, желают ей крепкого здоровья, оптимизма, долгих и плодотворных лет жизни!

МУМИНОВ ТАЛГАТ АШИРОВИЧ



20 августа 2013 года исполнилось 60 лет со дня рождения и 37 лет врачебной, педагогической и научной деятельности академика, профессора кафедры фтизиопульмонологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова Муминова Талгата Ашировича.

В августе 2013 года **Талгату Ашировичу Муминову** – известному фтизиатру, Академику Национальной Академии Наук, доктору медицинских наук, **профессору кафедры** фтизиопульмонологии Казахского Национального Медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова исполнилось 60 лет. С 1976 года Т.А. Муминов ведет клиническую, научную, научно–педагогическую и общественную деятельность, неизменно совершенствуя свое профессиональное мастерство, наращивая научный потенциал, клинический и педагогический опыт, пройдя, после окончания лечебного факультета АГМИ, путь от стажера-исследователя до академика.

Выдающиеся организаторские способности академика Талгата Ашировича проявились на посту ректора ведущего медицинского вуза Казахстана - КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, флагмана отечественного медицинского образования, где работает выдающийся профессорско-преподавательский коллектив. За 13 лет руководства академика Муминова была основана профессорско-преподавательская клиника, привлечено 1,5 млн \$ негосударственных инвестиций, впервые в стране была внедрена передовая система контроля клинических навыков OSCE (объективный структурированный клинический экзамен), создан обучающий симуляционный центр для студентов и врачей, основана первоклассная клиничко-диагностическая, микробиологическая лаборатория имени Г. Кюнцигера.

В эти годы университет вышел на международный уровень медицинской науки и подготовки кадров, осуществляя совместные научные разработки с учеными двенадцати стран дальнего зарубежья (Люксембурга, Швеции, Голландии, США, Франции, Германии, Англии, Японии и др.). В сентябре 2006 года, первым среди ректоров медицинских ВУЗов Центральной Азии, Т.А. Муминов подписал «Magna CHARTA Universitatum» - «Великую Хартию Университетов» в старейшем университете мира в г. Болонья. Академик представлял образование и медицину нашей страны на заседаниях ВОЗ, ISESCO во Флоренции, Сан-Марино, Эр-Рияде, Лондоне, Оксфорде. Муминов Т.А. установил образовательные и научные связи с более чем 30 медицинскими университетами в США, Англии, Испании, Италии, Австрии, Германии, Японии, Голландии, Польши, России, Швеции, Саудовской Аравии, Турции. В течение ряда лет являлся председателем Совета ректоров медицинских ВУЗов Центральной Азии.

Под научным руководством академика Муминова Т.А. было защищено 9 докторских и 26 кандидатских диссертаций, создана целая школа отечественных фтизиатров, микробиологов, иммунологов, генетиков, дерматовенерологов, инфекционистов.

По его учебникам занимаются студенты всех медицинских ВУЗов страны. Библиография академика Муминова Т.А. насчитывает более 260 научных публикаций, в том числе 20 монографий и учебников, словарей медицинских терминов, кроме того, он является автором четырех научных национальных докладов по фтизиатрии и пульмонологии (2005-2011 г.г.).

Научные интересы академика простираются далеко за пределы выбранной когда-то фтизиатрии – это проблемы ВИЧ/СПИДа и некоторых других инфекционных болезней, биохимия, иммунология, генетика инфекционных процессов, респираторная и молекулярная медицина.

Под руководством и при непосредственном участии Талгата Ашировича было осуществлено 15 научных проектов и освоено грантов общей стоимостью свыше \$10 млн, в ходе которых были разработаны научно-обоснованные подходы к решению проблемы туберкулеза в Казахстане в транзитный период; выявлены новые аспекты генетических, биохимических и иммунологических основ патогенеза, течения, лечения и заживления туберкулеза; предложены и апробированы новые методы лечения туберкулеза; проведены масштабные эпидемиологические (с охватом 500000 человек в городах и сельских районах), лечебные и профилактические мероприятия среди разнообразных социальных групп населения, в том числе в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой и в зонах влияния ядерного испытательного полигона; исследованы механизмы генетических основ устойчивости микобактерий туберкулеза, *Neisseria gonorrhoeae* к химиопрепаратам и наследственной предрасположенности человека к туберкулезу и другим инфекционным болезням.

Академиком сформулирована новая универсальная система борьбы с туберкулезом, которая позволит избежать возникновения устойчивости микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам. Эта система DOTFF (Directly Observed Treatment , Flexibility and Follow up).

Заслуги Т.А.Муминова признаны на высоком международном уровне, что подтверждено избранием его академиком и почетным членом ряда Академий и Обществ (Национальной Академии Наук, Российской Академии Медицинских наук, Академии наук Высшей школы Казахстана, Гамбургской Академии медицины и профилактики, Польской Медицинской Академии, член Международного Союза борьбы против туберкулеза и легочных болезней, Европейского респираторного общества, Европейской Академии Дерматологии и Венерологии).

Высокая социальная и научная значимость работ Т.А. Муминова отмечена целым рядом международных (Золотая медаль им. Альберта Швейцера за гуманизм и вклад в развитие медицинской науки Польской Медицинской Академии, 1998), государственных («Отличник здравоохранения РК», «Почетный работник образования», кавалер ордена «Құрмет») и независимых («Тарлан») наград; за выдающиеся достижения в клинической медицине награжден Золотым стетоскопом.

Сегодня академик Муминов Т.А. занимает высокие посты Президента Казахстанской противотуберкулезной ассоциации, Президента Академии клинической и фундаментальной медицины РК, созданной с целью координации научных исследований в Казахстане, Президента ОЮЛ Казахской медицинской Ассамблеи, призванной защищать профессиональные и социальные интересы медицинских работников; консультирует пациентов; активно читает лекции, в том числе и на английском языке, и проводит семинары по актуальным проблемам медицины и медицинского образования как стране, и так и за ее пределами (Маастрихт, Токио).

Талантливый педагог и выдающийся ученый, Талгат Аширович Муминов встречает свой 60-летний юбилей с новыми планами и идеями, в реализации которых активно участвует.

Ректорат, сотрудники кафедры фтизиопульмонологии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, все ученики и соратники поздравляют юбиляра и желают отличного здоровья, творческих сил и энергии в воплощении самых смелых идей!

УЗБЕКОВА АСИЯ АХМЕТЖАНОВНА (к 75- летнему юбилею)



Исполняется 75 лет со дня рождения и 51 год практической научной деятельности одного из ветеранов фтизиатрической службы Республики Казахстан профессора кафедры ВОП, педиатрии и фтизиатрии ФПДО Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени М.Оспанова **Узбековой Асии Ахметжановны**.

В 1962г. окончила Казахский государственный медицинский институт в г. Алма-Ате по специальности «Лечебное дело». С 1962 по 1965г.г. работала врачом-фтизиатром Зеленовского районного туберкулезного диспансера Уральской области. Уже тогда проявились способности молодого врача как грамотного специалиста, заслужившего уважение коллег и населения района, совмещавшего работу фтизиатра, рентгенолога и заведующего отделением. Большую роль в становлении ее как научного работника сыграл профессор Терликбаев А.А., в то время руководивший Казахским институтом туберкулеза, по рекомендации которого А.А.Узбекова была направлена в целевую аспирантуру кафедры туберкулеза Центрального Ордена Ленина института усовершенствования врачей в г. Москве, которую окончила в 1968г. В 1970г. успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему «Лейкергический тест в диагностике побочных реакций при химиотерапии больных туберкулезом».

После окончания аспирантуры ее направляют в Актюбинский медицинский институт на должность ассистента кафедры туберкулеза, в стенах которого работает и по настоящее время.

С 1969 – 1975г.г. ассистент, с 1975г. – доцент кафедры фтизиатрии, дважды исполняла обязанности заведующей этой кафедры, с 2007г. ей присвоено звание профессора кафедры фтизиатрии факультета усовершенствования врачей.

Большую школу врачебного и педагогического мастерства прошла в клинике замечательного педагога, врача, обаятельнейшего человека, ученого с мировой известностью - Александра Ефимовича Рабухина.

Профессора А.А.Узбекову отличает высокий профессионализм как врача и педагога. Она пользуется авторитетом среди медицинской общественности и населения не только города и области, но и всех регионов Западного Казахстана.

В течение многих лет А.А.Узбекова исполняла обязанности секретаря научного общества фтизиатров области, а также была главным внештатным специалистом Областного отдела здравоохранения, оказывая большую помощь практическому здравоохранению в проведении конференций, Дней фтизиатра, работе Научных обществ фтизиатров, педиатров и терапевтов.

Профессор А.А.Узбекова является автором более 72 научных работ и одной методической рекомендации.

Талант педагога раскрылся в ней, когда в институте была открыта субординатура, а затем интернатура по подготовке врачей-фтизиатров и фтизиопедиатров. Выпускники Актюбинского государственного медицинского института, а ныне ЗКГМУ имени М.Оспанова, работают в различных регионах Казахстана, ближнего и дальнего зарубежья и с благодарностью вспоминают своего первого наставника, давшего им путевку в специальность. По оценке курсантов факультета усовершенствования врачей, лекции профессора А.А.Узбековой являются не только источником новых знаний, но и вооружают слушателей методикой диагностического и научного поиска. Своими знаниями, опытом Асия Ахметжановна щедро делится с коллегами, помогая им и в подготовке их отчетов, докладов, рецензий.

Труд А.А.Узбековой неоднократно отмечался Почетными грамотами института, облздравотдела, Министерства Здравоохранения РК. Она награждена значком «Отличник здравоохранения СССР».

Коллектив ФПДО ЗКГМУ имени М.Оспанова, поздравляя Асию Ахметжановну с юбилеем, желает ей крепкого здоровья, долголетия и дальнейших творческих успехов!

Требования к оформлению статьи в журнале «Фтизиопульмонология»

- ФИО автора(ов)*
- Место работы автора(ов)**
- Название статьи
- Аннотация на языке текста публикуемого материала (пример: каз.)
- Ключевые слова
- Полный текст статьи
- Список литературы***
- Резюме на двух других языках, отличающихся от языка публикуемого материала (пример: рус., англ)

* ФИО автора(ов) указывается с местом работы каждого, если группа авторов из различных учреждений

Например: * А.В. Витавская¹, Н.И. Пономарева², Г.К. Алтынбаева³,

** Место работы автора(ов) – Алматинский технологический университет¹

Национальный центр научно-технической информации²,

Рудненский индустриальный институт³,

*** Библиография (список литературы) оформляется следующим образом:

Статья из периодического издания:

Аксартов Р. М., Айзиков М. И., Расулова С. А. Метод количественного определения леукомизина // Вестн. КазНУ. Сер. хим – 2003. – Т. 1. № 8. - С. 40-41

Книга:

Курмуков А. А. Ангиопротекторная и гиполлипидемическая активность леуомизина. – Алматы: Бастау, 2007. – С. 35-37

Публикация из материалов конференции (семинара, симпозиума), сборников трудов:

Абимильдина С. Т., Сыдыкова Г. Е., Оразбаева Л. А. Функционирование и развитие инфраструктуры сахарного производства //Иновация в аграрном секторе Казахстана: Матер. Междунар. конф., Вена, Австрия, 2009. – Алматы, 2010. – С. 10-13

Электронный ресурс:

Соколовский Д. В. Теория синтеза самоустанавливающихся кулачковых механизмов приводов [Электрон. ресурс]. – 2006. – URL: http://bookchamber.kz/stst_2006.htm (дата обращения: 12.03.2009).

**** При указании литературного источника приводить **полный перечень авторов** публикации (**без другие**).

Статьи принимаются на русском, казахском, английском языках.

Статьи направляются в 2-х экземплярах твердой копии компьютерного набора и в виде единого файла в системе Windows, **Microsoft Word 97-2003**, с сопроводительным направлением от учреждения, в котором выполнена работа и визой руководителя.

Требования к оформлению статей

Материал должен быть напечатан на одной стороне листа белой бумаги стандарта А-4, интервал 1,5, с соблюдением полей со всех сторон по 20 мм; тип шрифта Times New Roman, шрифт 14.

Рекомендуемый объем материалов: оригинальные исследования (статьи) – от 3 до 8 стр; обзоры – до 10 стр; лекции до 8 страниц.

Статьи должны иметь следующие разделы: введение, материалы и методы исследования, результаты, обсуждение, выводы, список использованной литературы.

Все полученные результаты исследования должны быть проанализированы с применением современных методов статистической обработки.

Статья должна содержать **резюме на казахском, русском, английском языках**. Общий объем 200 слов.

Оплата за 1 страницу публикации 1500 тг. При отсутствии резюме на казахском и английском языках производится дополнительная оплата в 1000 тг.

В конце публикации должны быть указаны полные инициалы авторов, адрес, контактные телефоны и подписи всех авторов.

PS.

Работы, ранее опубликованные и представленные в других изданиях, публиковаться не будут. Публикации, выполненные не по форме к печати не будут приняты.

Редакция журнала оставляет за собой право на корректирование и рецензирование статей.

050010, г. Алматы, ул. Бекхожина 5
Национальный центр проблем туберкулеза РК.

