



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік  
фармацевтика академиясының

# ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ  
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№3(72), 2015

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА  
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 3(72), 2015

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ   РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ  
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy  
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

**Учредитель:**

«Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Южно-Казакстанская государственная фармацевтическая академия»

Журнал зарегистрирован  
Министерством связи и информации  
Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство  
№11321-ж от 24.02.2011 года.  
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в  
Международном центре по  
регистрации сериальных изданий  
ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция),  
присвоен международный номер ISSN  
2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в  
международной базе данных  
Information Service, for Physics,  
Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:  
160019 Республика Казахстан,  
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1  
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)  
Факс: 40-82-19

E-Mail: medacadem@rambler.ru  
Тираж 300 экз. Журнал отпечатан в  
типографии ОФ «Серпилис»,  
г. Шымкент.

**Главный редактор**

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук, профессор,  
академик КазНАЕН

**Заместитель главного редактора**  
Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

**Редактор научного журнала**

Шаймерденова Р.А., член Союзов журналистов СССР и  
Казахстана

**Редакционная коллегия:**

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент  
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор  
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор  
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор,  
академик КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор  
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор  
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор  
Патсаев А.К., доктор химических наук, профессор  
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор  
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор  
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

**Редакционный совет:**

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)  
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)  
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC,  
Associated Professor (Dudley, UK)

Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)  
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе,  
Таджикистан)

Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)  
Корчевский А. Phd, Doctor of Science(г.Колумбия, США)  
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)  
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)  
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)  
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)  
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)  
Nannette Turner,Phd.MPH(г.Колумбия, США)  
Шнитовска М.,Prof.,Phd.,M.Pharm (г.Гданьск,  
РеспубликаПольша)





**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ФТИЗИАТРИИ»  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ  
УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННАЯ 90-ЛЕТИЮ  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ  
ОБЛАСТИ**

**26-27 ноября 2015 года, Шымкент, Республика Казахстан**

**ДЕПАРТАМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЮЖНО-  
КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ОБЛАСТНОЙ  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР И ЮЖНО-  
КАЗАХСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ  
АКАДЕМИЯ**

Әбілдаев Тлеухан Шілдебайұлы – м.ғ.д., профессор

Туберкулез проблемаларының Ұлттық орталығы, ҚР ДСӘД министрлігі, Алматы қаласы, info@ncpt.kz

## ҰЛТТЫҚ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕС БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ 9 АЙЫ ІШІНДЕГІ ЖЕТІСТІКТЕРІ

### ТҮЙІН

Қазақстанда азаматтардың денсаулығын қорғау, соның ішінде туберкулез ауруына шалдыққан науқастарды тиімді емдеу маңызды мемлекеттік мәселе болып табылады. Қорытынды: Қазақстан Республикасындағы туберкулезге қарсы күрес жүргізу стратегиясы Президентіміздің 2014 жылдың 11-қарашасындағы «Нұрлы жол – болашаққа бастар жол» атты Қазақстан халқына жолдауы; Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы; Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2014 жылдың 31-мамырындағы № 597 Қаулысымен бекітілген «Қазақстан Республикасында туберкулезге қарсы күрес жүргізудің 2014-2020 жылдарға арналған Кешендік жоспары»; осы Кешендік жоспарды іске асыру шараларының 2014-2016 жылдарға арналған Жол картасы; туберкулез (ТБ), көптеген дәрілерге төзімді туберкулез (ҚДТ ТБ) және дәрілерге ауқымды төзімді туберкулез (ДАТ ТБ) ауыртпашылығын төмендетуге бағытталған нормативті актілерге негізделген. Бұл құжаттарда қойылған басты мақсат – туберкулез ауруы бойынша эпидемиологиялық жағдайды жақсарту, яғни туберкулезбен сырқаттану және өлім-жітім көрсеткіштерін төмендету.

**Кілт сөздер:** Жол картасы, Кешендік жоспары, көптеген дәрілерге төзімді туберкулез, сырқаттану көрсеткіші, өлім-жітім көрсеткіші.

Туберкулез ауруымен күресуге бағытталған кешенді шараларды іске асыру бойынша барлық сабақтас құрылымдардың қарқынды және бағытты жұмысының нәтижесінде соңғы 5 жыл ішінде туберкулез ауруымен сырқаттану көрсеткіші 1,4 есе, ал өлім-жітім көрсеткіші - 2,2 есе азайды. 2014-2015 жылдардың 9 айы ішіндегі мәліметтерді салыстыратын болсақ, елімізде туберкулез ауруымен сырқаттану көрсеткішінің 11,3%-ға, яғни 100 мың тұрғын халыққа шаққанда 67,3-тен 59,7-ге дейін, ал туберкулез салдарынан өлім-жітім көрсеткішінің 4,4-тен 3,5-ға дейін (21,2%) төмендегіні анықталып отыр (көрсеткіштер жылдық экстраполяция әдісімен есептелген).

Материал және тәсілдер: көрсеткіштер жылдық экстраполяция әдісімен есептелген. 2015 жылдың 9 айлық көрсеткіштер сарапталынған. Оңтүстік Қазақстан облысы басқа облыстармен салыстырғанда үздіктер қатарында: 2014 жылы сырқаттану көрсеткіші республикалық көрсеткіштен төмен және 100 мың тұрғын халыққа шаққанда 56,5 болса, өлім-жітім көрсеткіші 3,8 болды, ал 2015 жылдың 9 айының нәтижесі бойынша осы көрсеткіштер 47,7 және 2,7 тең болды. Туберкулез бойынша ең маңызды көрсеткіштердің бірі – туберкулез ауруы алғаш рет анықталған науқастар арасындағы көптеген дәрілерге төзімді туберкулездің жиілігі облыс бойынша 2014 жылы 10,6% құрады және бұл көрсеткіш республика бойынша ең төмен деңгейде. Қызылорда (75,9), Ақмола (75,7), Солтүстік Қазақстан (75,6), Атырау (74,9), Қостанай (68,7), Қарағанды (68,3), Ақтөбе (65,7), Манғыстау (62,4), Шығыс Қазақстан (60,8), Павлодар (60,3) облыстарында сырқаттану көрсеткіші республикалық деңгейден жоғары (59,7) болып калуда.

Елімізде 2015 жылдың өткен үш тоқсаны ішінде 2014 жылмен салыстырғанда балалардың туберкулезбен науқастану көрсеткіші 11,7%-ға, яғни 7,7-ден 6,8-ге дейін, ал жасөспірімдер арасында 6,2%-ға, 58,0-ден 54,4-ке дейін төмендеді (100 мың балалар/жасөспірімдерге шаққанда).

Балалардың туберкулезбен сырқаттану көрсеткіші Манғыстау (10,9), Қарағанды (10,8), Алматы (9,9), Қызылорда (9,8), Ақмола (9,0), Ақтөбе (8,6) облыстары мен Астана қаласында (10,6) республикалық деңгейден жоғары болса, Атырау (152,6), Ақтөбе (127,3), Манғыстау (110,3), Қызылорда (97,8), Батыс Қазақстан (63,3) облыстары мен Астана қаласында (88,6) жасөспірімдер туберкулез ауруына жиі шалдығады.

2015 жылдың 9 айының қорытындысы бойынша Ақмола, Ақтөбе, Қарағанды, Павлодар облыстарында балалардың, ал Ақтөбе, Атырау, Манғыстау, Оңтүстік Қазақстан облыстары мен Астана қаласында жасөспірімдердің туберкулезбен сырқаттану көрсеткішінің жоғарлағаны анықталды.

Елімізде туберкулез ауруы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсарғанын аурудың кеш анықталған түрлерінің азаюы (2014 жылдың 9 айы ішінде 22 науқаста туберкулез кеш анықталса, 2015 жылы – 15 жағдай), балалардың туберкулезді менингитке шалдығу жағдайының тіркелмеуі (былтыр – 1, биыл - 0), сонымен қатар 1 жасқа дейінгі балалар арасында туберкулездің сирегірек анықталуы (2014 жылы - 9, 2015 жылы - 5 жағдай) айғақтайды.

Қарағанды (6,9), Қостанай (5,2), Шығыс Қазақстан (4,8), Қызылорда (4,5), Павлодар (4,4), Ақмола (4,0) облыстарында өлім-жітім көрсеткіші республикалық деңгейден жоғары (100 мың тұрғын халыққа шаққанда 3,5).

2014-2015 жылдардың алғашқы 9 айының ішінде туберкулез ауруы алғаш рет анықталған науқастар санын салыстыратын болсақ, олардың 8708-ден 7835-ке дейін, ал туберкулезге қарсы күрес мекемелерінде диспансерлік есепте тұрған белсенді туберкулезі бар науқастар санының 23103-тен 20655-ке дейін азайғанын көреміз.

Эпидемиологиялық көрсеткіштердің нақтылығы ресми түрде дәлелденген және де туберкулезге шалдыққан науқастардың Ұлттық электрондық регистрінің мәліметтеріне негізделген. Бұл регистр еліміздегі туберкулез ауруының барлық жағдайларының (алғаш рет анықталған және қайталанған) дәлме-дәл дерекқоры болып саналады. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және Әлеуметтік даму Министрлігінің бастамасы бойынша 2015 жылдың ақпан айының 17- 19 жұлдыздары аралығында Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) сарапшыларының Қазақстанда туберкулез ауруын эпидемиологиялық қадағалауды бағалау бойынша Миссиясы жүргізілді. Осы Миссия барысында Қазақстандағы туберкулез ауруын анықтау, емдеу және тіркеу әдістерінің қол жетімділігі мен сапасы бағаланды. ДДҰ сарапшылары еліміздегі туберкулез ауруын есепке алу және есеп беру бойынша ақпараттық жүйесінің жұмысын шынайы және сапалы деп бағалады.

«Қазақстан Республикасында туберкулезге қарсы күрес жүргізудің 2014-2020 жылдарға арналған Кешендік жоспары» іс-шаралары іске асырылып, ҚР ТПҰО мен облыстардың, Астана, Алматы қалаларының денсаулық сақтау басқармасы арасындағы туберкулезге қарсы күрес саласында халыққа көмек көрсету туралы Меморандум индикаторларының орындалуы бақылануда.

2015 жылдың 9 айы ішінде туберкулезбен сырқаттануды төмендету бойынша Республикалық штабтың 9 мәжілісінде туберкулез ауруының өзекті мәселелері қарастырылып, нақты шешімдер қабылданды. Кешендік жоспар шараларын іске асыру аясында және 2015 жылдың мамыр айының 19-жұлдызындағы Республикалық штаб мәжілісінің шешімін орындау мақсатында 2015 жылдың 15-16-маусымында халықаралық ұйымдар өкілдерінің қатысуымен аймақтардың туберкулезге қарсы күресу қызметі және бастапқы медициналық санитарлық көмек (БМСК) саласының туберкулезге қарсы шараларды іске асыруға қатысы бар 100 маманы үшін семинар-кеңес өткізіліп, 2014-2015 жылдары бекітілген ҚР ДСӘДМ туберкулезге қатысты бұйрықтарының негізгі қағидалары түсіндірілді.

Сонымен қатар, туберкулез мәселелері туралы дұрыс ақпарат таратып, халықтың туберкулезге деген қате көзқарасын өзгерту мақсатында журналисттер арасында кеңес өткізіліп, «БАҚ-дағы туберкулез мәселелері» атты тренинг, Қазақстандық пресс-клубта пресс-конференция жүргізілді.

Туберкулез ауруын ерте анықтау, алдын алу сұрақтары бойынша Алматы қаласының босанатын әйелдерге дәрігерлік жәрдем беретін мекемелері мамандарына арнап «Босанатын әйелдерге дәрігерлік жәрдем беретін мекемелердің туберкулезге қарсы күрес Бағдарламасындағы орны» атты Дөңгелек үстел өткізілді.

Республика бойынша ТПҰО және облыстық туберкулезге қарсы күрес ұйымдары (ТҚҰ) оқу орталықтарында 2015 жылдың 9 айы ішінде БМСК, ТҚҰ, ҚР ПМ қылмыстық атқару жүйесі, СПИД орталықтарының 5148 маманы «Туберкулезді анықтау», «ҚДТ ТБ анықтаудың заманауи әдістері», «БМСК жүйесінде туберкулез және көптеген дәрілерге төзімді туберкулезді уақытылы анықтау», «ТҚҰ туберкулезді зертханалық анықтау әдістері», «Ересектер мен балалардағы дәрілерге төзімді туберкулездің менеджменті», «Туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің менеджменті», «Пилоттық аймақтарда науқастарға психологиялық және әлеуметтік қолдау көрсете отырып, амбулаторлық емді қолдану», «Қазақстан Республикасының туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеудің Ұлттық регистрі порталымен жұмыс істеу», «Бақылау және бағалау» атты семинарларында туберкулездің өзекті мәселелері бойынша білімдерін жетілдірді.

Елімізде ТҚҰ төсек орын қорын оңтайландыруға, төсектерді қысқарту және оларды шипажайлық, күндізгі стационар, оңалту және паллиативті емдеу орындарына қайта бейіндеуге бағытталған шаралар жалғасуда. Республика бойынша 10270 төсек орны бар 85 ТҚҰ жұмыс жасауда. 2015 жылдың артта қалған мерзімі ішінде 11 аймақта 690 төсек орын қысқартылды (Ақмола-53, Ақтөбе-40, Алматы-130, Атырау-115, Шығыс Қазақстан-70, Қарағанды-60, Қостанай-37, Маңғыстау-25, Павлодар-70, Солтүстік Қазақстан-50, Оңтүстік Қазақстан облысы-40), бұл көрсеткіш жалпы төсек орын қорының 6,7% құрайды.

Материалдық базасы төмен және төсек орнын қолдану тиімсіз болуына байланысты төсек орын саны 185 болатын 5 аурухана жабылды (Ақтөбе облысындағы 40 орындық Шалқар, Алматы облысындағы 50 орындық Атырау облысындағы 30 орындық Қызылқоға, Маңғыстау облысындағы 25 орындық Бейнеу, Оңтүстік Қазақстан облысындағы 40 орындық Шардара ауруханалары), олардағы туберкулезге шалдыққан науқастарға амбулаторлық көмек көрсететін диспансерлік бөлімшелер қызметін жалғастыруда. Бұл ауруханалардың жабылуы нәтижесінде үнемделген қаржы (284 799,6 мың теңге) реактивтер мен зертханалық шығын материалдарын сатып алуға, ТҚҰ инфекциялық бақылау жүйесін күшейтуге, науқастарға әлеуметтік қолдау көрсетуге, бақылай және бағалау (БЖБ) топтарын жинақтауға, тегін

медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі аясында қажетті дәрілерді сатып алуға, Диаскинтест сатып алуға, халықты ақпараттандыруға, мекемені тарату комиссиясына төлемақы ретінде жұмсалды.

Стационарды алмастыратын технологияның бір түрі – күндізгі стационарларды дамыту үрдісі жалғасуда. 2015 жылдың 9 айының қорытындысы бойынша елімізде 432 орындық 11 күндізгі стационар жұмыс жасауда (Ақмола-90, Атырау-10, ШҚО-22, Жамбыл-94, БҚО-8, Қарағанды-72, Қызылорда-40, Павлодар-40, Манғыстау облысы-10, Алматы қаласы-40, Астана қаласы -6 төсек орынды).

Кешендік жоспар шараларын іске асыру аясында 8 аймақта ТҚҰ ұйымдастыру-құқықтық түрі өзгертіліп, шаруашылық жүргізу құқығына ие болды (Ақтөбе, ШҚО, БҚО, Қарағанды, Қызылорда, Қостанай, СҚО және Алматы қаласында).

ТҚҰ инфекциялық бақылау жүйесін күшейту Бағдарламаның өзекті мәселесі, ұлттық саясаттың бір бөлігі және халық арасында туберкулездің таралуы қаупін барынша азайтуға бағытталған. Әрине, инфекциялық бақылау жүйесін құру туберкулезбен күресу қызметін дамытуға бөлінген бюджетке тікелей байланысты. 2015 жылдың 9 айында ТҚҰ күрделі жөндеу жұмыстарына 253659,8 мың теңге, ағымдағы жөндеу жұмыстарына 78344,0 мың теңге бөлінді. Көптеген ТҚҰ-да бактерия бөлуші науқастар жатқызылатын бөлімшелері мен қауіп-қатер жоғары бөлмелерде, әсіресе КДТ/ДАТ ТБ, мәжбүрлеп емдеу және паллиативті емдеу бөлімшелері, бактериологиялық зертханалар, бронхоскопия жасау бөлмелерінде, ағымдық-ауа тартқыш желдеткіштер мен механикалық желдеткіштер орнатылған. ТҚҰ 134 серуендеу алаңының 101 (75,4%) қоршалған.

Идарадан тыс күзетпен ТҚҰ 97%, соның ішінде арнайы мәжбүрлеп емдеу және паллиативті емдеу бөлімшелерінің 97% тәуіліктік күзет орындарымен қамтамасыз етілген. Инфекциялық бақылау талаптарына сай келетін қоршау ТҚҰ 72,9%-да бар.

Инфекциялық бақылау шараларының тиімділігі мен сапасын ТҚҰ қызметкерлері арасында туберкулезге шалдығудың жаңа жағдайларының тіркелмеуі және сырқаттану көрсеткішінің төмендеуі дәлелдейді. 2015 жылдың 9 айы ішінде республика бойынша ТҚҰ 13 қызметкерінің туберкулезге шалдыққаны анықталды да, сырқаттану көрсеткіші 100 мың қызметкерлерге шаққанда 79,1 болды, ал былтырғы жылы бұл көрсеткіш 103,1 деңгейінде болған. ТҚҰ материалды-техникалық базаларының инфекциялық бақылау стандарттарына сәйкестендіру шаралары толассыз жүргізіледі және оның толыққанды орындалуы үнемі қадағалауда болады. Кешендік жоспар шараларын іске асыру аясында, сонымен қатар Ақмола облысында жүргізілген пилоттық жоба нәтижесінде ТБ/КДТ ТБ шалдыққан науқастарды психологиялық әлеуметтік қолдай отырып, амбулаторлық жағдайда емдеу тиімділігін ескере отырып, осындай пилоттық жоба еліміздің тағы 4 аймағында іске асырылуда: Ақтөбе, Жамбыл, Қызылорда облыстары мен Астана қаласында.

Туберкулез ауруына шалдығу қаупі жоғары топтар арасында ауруды уақытылы анықтау мақсатында республика бойынша 6689004 адамды флюорографиялық әдіспен тексеру жоспарланған және 9 ай ішінде 6690000 адам тексерілуден өтіп, олардың 5948-де активті туберкулез анықталып, диспансерлік есепке алынды.

Туберкулез ауруының жұқпалы түрін бактериоскопиялық анықтау көрсеткіші 2014 жылмен салыстырғанда 3,5%-дан 3,9%-ға дейін жоғарылады, алайда ДДҰ стандартынан (5-10%) төмен деңгейде, әсіресе Шығыс Қазақстан (2,1%) және Қостанай (2,3%) облыстарында. Аталмыш облыстарда бұл көрсеткіш БМСК жүйесінде өткізілген семинарлар, бақылау сапарларына қарамастан төмен деңгейде сақталуда.

ТБ және КДТ ТБ анықтаудың заманауи инновациялық зертханалық әдістерін қолданысқа енгізу туберкулез ауруын уақытылы анықтап, нәтижелі емдеу әдісін бірден тағайындауға мүмкіндік береді. 2015 жылдың 3 тоқсаны ішінде дәрілерге сезімталдықты анықтау тестімен науқастардың 98% қамтылып, 5664 науқаста КДТ ТБ анықталды, олардың 1762 туберкулез ауруына алғаш рет шалдыққандар.

ҚР ДСӘДМ 22.08.2014 жылғы №19 бұйрығын тыңғылықты орындау, туберкулезге қарсы қолданылатын бірінші және екінші қатардағы дәрілермен үздіксіз қамтамасыз ету аурудың сезімталдығы сақталған және дәрілерге төзімді түрлеріне шалдыққан науқастар арасындағы ем тиімділігін жоғарылатуға мүмкіндік берді. Яғни, бұл көрсеткіштер 87,2% және 74,7% тең болды (ДДҰ стандарты 85% және 75% сәйкес).

КДТ ТБ шалдыққан науқастардың 99,3% туберкулезге қарсы қолданылатын екінші қатардағы дәрілермен қамтылған (ДДҰ стандарты -85%).

Аймақтарда ДАТ ТБ шалдыққан науқастар туберкулезге қарсы қолданылатын үшінші қатардағы дәрілермен қамтамасыз етілуде. 2015 жылдың 9 айы ішінде ДАТ ТБ шалдыққан науқастардың 95,4% үшінші қатардағы дәрілермен қамтамасыз етілген, яғни 736 науқас туберкулезге қарсы қолданылатын үшінші қатардағы дәрілермен емделуде.

Туберкулезге шалдыққан науқастарға әлеуметтік қолдау көрсету туберкулезге қарсы күресу шаралары кешенінің маңызды бір бөлігі болып саналады және науқастардың емді үзбей қабылдауға деген ұстанымдылығын арттыруға бағытталған. Облыстардың атқарушы органдарының қолдауымен амбулаторлық жағдайда ем қабылдап жүрген науқастарға әлеуметтік қолдау көрсету үшін бөлінген қаржы мөлшері 2014 жылмен салыстырғанда 390,589 млн теңгеден 507,319 млн теңгеге дейін артты. Қызылорда



облысы (89,345 млн теңге), Астана қаласы (57,120 млн теңге), Ақмола (55,888 млн теңге), Павлодар (50,0 млн теңге), Ақтөбе (45,1 млн теңге) облыстарын үздіктер қатарында ерекше атап өткеніміз абзал.

Республикамызда кең көлемді ақпараттандыру-сауаттандыру жұмысы жүргізілуде және оның сапасы ҚР ТПҰО «Халық арасында санитарлық ағарту жұмысын жетілдіру туралы» бұйрығына сәйкес тұрақты түрде бақыланады.

2015 жылдың 9 айы ішінде елімізде туберкулез ауруының әртүрлі аспектілерін қамтыған 107 дөңгелек үстел, пікірталас өткізіліп, оларға 6121 адам қатысты, бизнес құрылымдардың өкілдеріне арнап 20 дөңгелек үстел өткізілді.

Туберкулез мәселелеріне арналған халықаралық «FightBack» журналы жалпы тиражы 2000 дана болып басылып шығарылды да, бизнес құрылымдарына таратылды. Бизнес құрылымдарын ерекше атап отырған себебіміз, Дүниежүзілік экономикалық форум бәсекеге қабілеттіліктің Жаһандық индексі анықтау кезінде «Туберкулездің бизнеске орта мерзімді ықпалы» («Business impact of tuberculosis») факторын есептейді және ол үшін бизнес құрылымдардың (кіші және ірі компаниялардың) атқарушы директорлары немесе орынбасарларынан сауалнама алады. Бизнес құрылымдар кездейсоқ іріктеу әдісімен анықталады. Бұл сауалнамада келесі сұрақ бар: Сіздің пікіріңізше, сіздің компанияның жұмысына жуырдағы бес жыл ішінде туберкулез ауруы қаншалықты ықпал етуі мүмкін (өлім жағдайына, еңбек ету мүмкіндігінен айырылу, медициналық және жерлеу шығындары, өнімділік және жұмысқа шықпау, қызметкерлерді жалдау және оқытуға қажетті шығындарға, табысқа әсері). Сауалнама нәтижесін Дүниежүзілік экономикалық форум мүшелерінің өздері бағалайды. Дүниежүзілік экономикалық форумның 2015 жылы жариялаған есебіне сәйкес Қазақстан бұл көрсеткіш бойынша 140 мемлекеттің ішінде 107 орынға ие болды. Сондықтан бұл бағытта белсенді жұмыс атқару керек.

Туберкулез мәселелері 228 Пресс-конференцияларда талқыланды, олардың екеуі Ұлттық деңгейде өткізілді. Айына 2 рет ТКҰ және БМСК мекемелерінде «Ашық есік күндері» өткізіледі. Өткен уақыт ішінде кең көлемді 158 акция өткізіліп, оған 500 000-нан астам адам қатысты. Барлық облыс орталықтарында туберкулез сұрақтарына арналған бейнероликтер прокатқа шығарылды, жарнамалық баннерлерде, қоғамдық көліктерде, аэропорт, теміржол вокзалдарында туберкулез бойынша ақпараттық плакаттар ілінді. Фтизиатрияның өзекті мәселелеріне арналған 482 ақпараттық мақала Ғаламтор желісінде жарық көрсе, республикалық газет-журналдарда 384 мақала басылып шықты. Теледидар арқылы туберкулез мәселелеріне арналған 107 хабар көрсетіліп, радиодан – 81 дәріс оқылды.

Туберкулез сұрақтарына арналған ақпараттық-сауаттандыру материалдары 879764 дана көлемінде басылып шықты, «Туберкулез ауруы Қазақстандағы бизнестің дамуына қауіп төндірмейді» атты жадынаманың 1000 данасы бизнес құрылымдар өкілдері арасында таратылды.

Туберкулез сұрақтары бойынша халықтың әртүрлі топтарына арналған ақпараттық-сауаттандыру материалдарының топтамасы жасалды да, 500 дана DVD-тасымалдаушыларда таратылды.

2015 жылдың 9 айының қорытындысын сараптайтын болсақ, негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша оң динамика байқалады және 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік Бағдарламасы және Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2014 жылдың 31-мамырындағы № 597 Қаулысымен бекітілген «Қазақстан Республикасында туберкулезге қарсы күрес жүргізудің 2014-2020 жылдарға арналған Кешендік жоспарының» - межелік көрсеткіштеріне толығымен қол жеткізетінімізге сеніміміз мол.

## **ӘДЕБИЕТТЕР**

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
2. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). С. 4-6.

## **РЕЗЮМЕ**

**Т.Ш. Абилдаев** – д.м.н., профессор  
Национальный Центр проблем туберкулеза МЗСР РК, [info@ncpt.kz](mailto:info@ncpt.kz)

## **ДОСТИЖЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ИТОГАМ 9 МЕСЯЦЕВ 2015 ГОДА**

Защита здоровья граждан, в том числе лечение больных туберкулезом является важной задачей общественного здравоохранения. Послание Президента народу Казахстана от 11 ноября 2014 года "Нұрлы жол - Путь в будущее"; Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан»; Постановление Правительства РК № 597 от 31 мая 2014 года «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020»

Дорожная карта по реализации Комплексного плана на 2014-2016 годы, нормативные документы, направленные на снижение бремени туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) - это документы, основная цель которых направлена на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, то есть на снижение заболеваемости и смертности.

**Кілт сөздер:** жол картасы, кешендік жоспары, көптеген дәрілерге төзімді туберкулез, сырқаттану көрсеткіші, өлім-жітім көрсеткіші.

## **SUMMARY**

**T.Sh.Abildaev** – doctor of medical sciences, professor

National Center for Tuberculosis Problems of the Republic of Kazakhstan, Director, MD., professor. [info@ncpt.kz](mailto:info@ncpt.kz)

### **ACHIEVEMENTS NACIONAL ANTITUBERCULOSIS PROGRAMS FOR 9 MONTHS OF 2015**

Protection of health of citizens, in part Num treatment bolnix twberkwlezom GX vajnim voprosom obşchestvennogo health. Poslanie President narodw fire in Kazakhstan on 11 November 2014 "Light Way of the Future"; Development program Goswdarstvennaya health of the Republic of Kazakhstan on 2011-2015 godi "Healthy Kazakhstan"; Postanovlenie Government of the Republic of Kazakhstan No. 597 of 31 May 2014 fire "Ob wtverjdenii Kompleksnogo Plan to Fight twberkwlezom in the Republic of Kazakhstan for 2014-2020" Road Map realizacii Kompleksnogo Plan 2014-2016 godi normativnie Documents napravlenne snijenje Tuberculosis bremenii mnojestvennoy lekarstvennoy wstoyçivostyu (MDR-TB) is on it Documents, osnovnaya Goal kotorix napravlena épidemiologičeskoj Enhancement sitwacii twberkwlezw something to say snijenje zaboлеваemosti and smertnosti twberkwlezom.

Key words: Road Map, a comprehensive plan, Multi-drug resistant tuberculosis, morbidity, and mortality.

**Б.С. Сагимбеков** - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Ч.Ж. Косыбаева** - Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Г.И.Эшметов** - Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

### **ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСТЫҚ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ҚЫЗМЕТКЕ 90 ЖЫЛ**

#### **ТҮЙІН**

Мақсаты: Қазіргі таңда туберкулезге қарсы қызметінің атқарылған іс-шараларын және жетістіктерін талдау. Қорытынды: Туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайды жақсарту, яғни туберкулезбен сырқаттану және өлім-жітім көрсеткіштерін төмендетуге бағытталған нормативті актілердің негізінде Оңтүстік Қазақстан облысында туберкулезге қарсы бірнеше іс-шаралар атқарылды. Соның ішінде ең маңыздысы болып - 2009 жылдан басталған фтизиатриялық төсек қорын тиімді пайдалану мақсатында жасалған оңтайландыру және науқастарды эпидемиологиялық бейіне қарай орналастыру болып табылады. Осы шаралардың нәтижесінде облысымызда халық арасында туберкулезбен аурушандық көрсеткіші 100 мың тұрғынға есептелгенде 2014 жылы 56,5-ке, ал өлім көрсеткіші -3,8-ге тұрақтанып отыр (2009 ж. бұл көрсеткіштер 78,1 және 9,8 болған).

**Кілт сөздер:** оңтайландыру, көптеген дәрілерге төзімді туберкулез, сырқаттану көрсеткіші, өлім-жітім көрсеткіші.

Қазақ халқы революцияға дейінгі кезеңде экономикалық тұрғыдан алғанда ауыр, медициналық көмек қол жетімсіз жағдайда өмір сүрді. Бұл жағдай туберкулез дертінің кеңінен тарауына негіз болды. Туберкулезге қарсы мекемелер жоқтың қасы еді. Алғашқы туберкулезге қарсы іс-шараларды ұйымдастыру дәрігерлердің, маман-фтизиатрлардың жеткіліксіздігінен үлкен қиындықтар туғызған. Алайда денсаулық сақтау саласындағы әлеуметтік маңызды ауруларға Үкімет тарапынан көңіл бөлінуінен алғашқы туберкулезге қарсы мекемелер құрыла бастады. Сол кезеңнен бастап қиын 90 жыл өтті. Барлық



қиыншылықтарды жеңіп, қазіргі таңда Оңтүстік Қазақстан облыстық фтизиатриялық қызмет саласының мамандары ерекше мақтанышпен және үлкен жетістіктермен 90 жылдық мерей тойын қарсы алуда.

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

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

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

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

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

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

1998 жылы Қазақстанда жаңа ДOTS бағдарламасы ендірілді. ДOTS бағдарлама-сымен науқастарды құнарлы тағаммен, дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету қолға алын-ды. Химиорезистентті туберкулезді диагностикалау жүйелендіріле бастады. Туберкулез-ге қарсы бірінші қатардағы дәрілерге сезімталдық тестін қою ендіріле бастады. С.Қалдыбайұлы қатысуымен Бәйдібек, Ордабасы аудандарында 1997-2002 жылдары «Шекарасыз дәрігерлер» атты халықаралық ұйым ашылып, қайырымдылық, және тәжірибелік көмек көрсетті. С.Қалдыбайұлының ісін денсаулық сақтау саласының тәжірибелі ұйымдастырушылары Б.Торғаутов, Д.Төлепбергенов, С.Сақыбаева, Ж.Спанкулов, П.Бердалиевтар жалғастырды.

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

Эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтануына байланысты 2011 жылы облыстық туберкулезге қарсы қызметті реструктуризациялау басталды. Материалдық-техникалық базасы нашар, төсек қоры тиімсіз

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

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

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

Атқарылған туберкулезге қарсы шаралардың нәтижесінде облыс бойынша туберкулезден эпидемиологиялық жағдай соңғы жылдарда тұрақтанып келеді. Соңғы он жылда туберкулез бойынша аурушандық халықтың 100 мың тұрғынына шаққанда 46,5 пайызға :105,8-ден 56,6-ға дейін, өлім көрсеткіші 3 есе: 11,7-ден 3,8-ге төмендеді. Үлкен жетістіктердің бірі балалар мен жасөспірімдер арасында аурушандық көрсеткіші 5 есе 21,4-тен, 5,5-ке 100 мың халық санына шаққанда, жасөспірімдер арасында 2 есе 100 мың халық санына шаққанда 66,2-ден 35,8-ге дейін төмендеді. Балалар арасында 2014 жылы алғаш рет туберкулезді ерте диагностикалаудың мақсатында 6,5 млн тенгеге 463 флакон Диаскинтест алынып, 4004 балаға жасалды.

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
2. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). С. 4-6.
3. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). С.27-29.
4. Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология.-2012- №1(20) С.53-54.

#### АННОТАЦИЯ

**Б.С.Сагимбеков**–к.м.н., Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, ул. Жибек жолы без номера: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru), тел.-87252322911

**Ш.Ж.Косыбаева** –заместитель главного врача ОПТД ЮКО, г. Шымкент., Жибек жолы б/н, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru), тел.-87252322911

**Г.И.Эшметов** –врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЕ ЮЖНО –КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ -90 ЛЕТ

**Цель работы:** анализ эффективности противотуберкулезных мероприятий и достижений во фтизиатрической службе. На основе законодательных нормативных документов по туберкулезу в области были проведены радикальные противотуберкулезные мероприятия, которые были направлены на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, в т.ч. снижение показателей заболеваемости и смертности, определяющих эпидемиологическую ситуацию в области. Одним из важных мероприятий является оптимизация с 2009 года коечного фонда противотуберкулезной службы области, направленная на рациональное использование коек и недопущения перекрестного заражения больных устойчивыми штаммами микобактерий путем соблюдения госпитализации больных по эпидемиологическому статусу. На основании радикальных мер была достигнута стабилизация многих эпидемиологических показателей по туберкулезу, в т.ч. снижение заболеваемости туберкулезом с 78,1 на 100 тыс. населения в 2009г. до 56,5 в 2014г. и смертности - с 9,8 на 100 тыс.населения до 3,8 соответственно.

**Ключевые слова:** оптимизация, реструктуризация, множественная лекарственная устойчивость, заболеваемость, смертность.

#### RESUME

**B.S. Sagimbekov** - MD, PhD, regional antitubercular clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**S.J. Kosibaeva** - regional antituberculous, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**G.I. Eshmetov**- regional antituberculous, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### ANTITUBERCULOSIS OFFICE IN SOUTH-KAZAKHSTAN REGION - 90 YEARS

To analyze the effectiveness of TB control activities and achievements in TB services. On the basis of legal regulations in the field of tuberculosis have been carried out anti-radical measures that were aimed at improving the epidemiological situation of TB, including reduction in morbidity and mortality rates, which determine the epidemiological situation in the region. One of the important measures is the optimization since 2009 the number of beds TB service area, aimed at the rational use of beds and to prevent cross-contamination of patients with resistant strains of mycobacteria by hospitalization epidemiological status. On the basis of radical measures it was achieved stabilization of many epidemiological indicators of tuberculosis and reducing the incidence of tuberculosis from 78.1 per 100 in 2009 tys.nas. Up to 56.5 in 2014.; mortality- from 9.8 to 100 tys.naseleniya to 3.8, respectively.

**Key words:** optimization, restructuring, multidrug resistance, morbidity, mortality.

УДК 616-002.5-084 (574)

**Г.А. Мусабекова**- к.м.н., руководитель группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)

**Я.В. Бесстрашнова** – специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [yana.besstraschnova@yandex.ru](mailto:yana.besstraschnova@yandex.ru)

**Г.П. Рыскулов** – специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [galym\\_\\_87@mail.ru](mailto:galym__87@mail.ru)

**М.А. Жапаркулова** - специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)

**М.Р. Рашитов** - специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [r\\_mahmud@mail.ru](mailto:r_mahmud@mail.ru)

**Н. Н. Омарова** - специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)

**Д. Курман** - специалист группы мониторинга и оценки Национального Центра проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)

## МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

### АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена вопросам повышения качества различных аспектов противотуберкулезных мероприятий путем внедрения по всей стране системы мониторинга и оценки на индикаторной основе. Описаны цель, задачи, индикаторы мониторинга и оценки, модели оценки качества, а также методологические подходы к формированию рейтингов регионов и ведения мониторинга их деятельности. Приведены результаты оценки проведенных мероприятий по выполнению Комплексного Плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 годы по итогам 9 месяцев 2015 года.

**Ключевые слова:** мониторинг, индикаторы, оценка качества, туберкулез.

Мониторинг и оценка (далее - МиО) противотуберкулезных мероприятий играют ключевую роль в реализации национальной программы и дают руководителям, менеджерам здравоохранения необходимую информацию для оценки ситуации и стратегического планирования. На основании полученных сведений принимаются обоснованные решения относительно человеческих и финансовых ресурсов [1].

Важность МиО подчеркнута и внесена в резолюцию 67 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (Женева, май, 2014 года), где указано: «обеспечить осуществление, мониторинг и оценку предлагаемых в стратегии действий сектора здравоохранения и многосекторальных действий, касающихся проблемы туберкулеза, при поддержке на высоком уровне и адекватном финансировании, принимая во внимание местные условия» [2].

Целью мониторинга является улучшение внедрения Национальной противотуберкулезной программы на всех уровнях. Основная задача мониторинга - определить степень соответствия между выполнением программы и установленными стандартами, что позволяет выявить оперативные проблемы, которые возникают в процессе деятельности медицинских работников на местах.

Мониторинг – это постоянный процесс, который включает в себя: 1. Сбор данных на индикаторной основе; 2. Анализ собранных данных; 3. Коррекция некачественных программных действий на этапе внедрения. Оценка направлена на периодический анализ и измерение прогресса происходящих изменений в соответствии с установленными программными задачами и целями. Чтобы непосредственно или опосредованно измерить изменения и оценить степень достижения программных целей и задач, используются контрольные листы с индикаторами. Индикатор – это инструмент измерения качества выполнения. Все индикаторы должны соответствовать критериям, указанным в таблице 1.

Во время мониторинга используются все методы: наблюдение, интервью с медицинскими работниками, с пациентами, обзор и изучение документации. Эффективность системы МиО целиком зависит от качества собранных данных. Получение значимых, полных и своевременных данных во время МиО возможно при надлежащей подготовке специалистов. Поэтому, все специалисты МиО должны проходить тренинг «Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий» каждые 5 лет. С целью усиления эффективности Национальной Программы борьбы с туберкулезом, с участием экспертов ВОЗ был разработан проект Комплексного Плана борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, который был представлен на рассмотрение 5 сентября 2013г. на заседание Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан и утвержден



Постановлением Правительства Республики Казахстан 31 мая 2014г. № 597 «Об утверждении Комплексного Плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы» [3].

Таблица 1 - Критерии отбора индикаторов

№	Характеристика	Описание
1	Действительность	Показатели должны измерять условия или события, для измерения которых эти показатели предназначены
2	Надежность	Показатели должны быть объективными, давать одинаковые результаты, когда проводится более одного измерения одинаковых условий или событий. Все должно быть эквивалентным (например, должны использоваться одинаковые методы/приборы/инструменты)
3	Специфичность	Показатели должны измерять одни и те же условия или события.
4	Чувствительность	Показатели должны отражать изменения условий или событий в процессе наблюдения.
5	Оперативность	Показатели должны быть соизмеримы с определениями, которые разработаны и тестированы на уровне программы.
6	Допустимость	Стоимость измерения показателей должна быть разумной
7	Выполнимость	Должна иметься возможность осуществлять сбор предложенных данных при нормальных условиях работы
8	Измеримость	Показатель должен быть измерен объективно
9	Сравнимость	Показатели должны быть сопоставимы по времени и по различным географическим зонам

Цели и задачи Комплексного Плана борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы согласуются с целями и задачами Глобального плана ВОЗ «Остановить туберкулез» на 2011-2015 годы [4]. Стратегия "Остановить ТБ" лежит в основе Глобального плана Партнерства "Остановить ТБ" по борьбе с ТБ на 2006-2015 годы и состоит из 6 компонентов. Первый компонент называется «Продолжение распространения эффективно реализуемой стратегии DOTS» и включает следующие 5 принципов: политическая приверженность в сочетании с адекватным и устойчивым финансированием; своевременное выявление и диагностика случаев заболевания с помощью бактериологических исследований гарантированного качества; стандартная контролируемая химиотерапия в сочетании с оказанием поддержки пациентам; эффективная система снабжения и управления лекарственными средствами; мониторинг и оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий.

В противотуберкулезной службе Республики Казахстан с 2007 года создана вертикальная мультидисциплинарная система мониторинга и оценки (далее – МиО): учрежденческий уровень – районный – региональный – областной (городской) – национальный [5]. На сегодняшний день в НЦПТ РК организована и действует 1 Национальная группа МиО из 7 освобожденных специалистов. Всего на 25 сентября 2015 года во всех регионах при ОПТД функционируют областные группы мониторинга и оценки в составе от 3 до 5 человек, работа которых контролируется и анализируется специалистами группы МиО НЦПТ РК (координаторы по лечению, лекарственному обеспечению, информатике, лабораторной службе, по миграции, по ТБ/ВИЧ, межведомственному взаимодействию). При необходимости, привлекаются сотрудники НЦПТ РК, курирующие вопросы инфекционного контроля, фтизиопедиатрии, фтизиохирургии, санитарно-просветительной работы.

В целом, по РК всего работают 88 специалистов группы МиО, из них 57 (64,8%) являются освобожденными специалистами. В динамике, имеет место увеличение удельного веса освобожденных специалистов в областных группах МиО (по итогам 9 месяцев 2014 года - 57 (45,6%)). По итогам 9 месяцев 2015 года в НЦПТ РК, Атырауской, Карагандинской и Южно-Казахстанской областях созданы областные группы МиО в составе 100% освобожденных специалистов в количестве 4-5 человек. Все специалисты групп МиО используют в работе стандартные контрольные листы по сбору информации и оценке различных аспектов противотуберкулезных мероприятий на индикаторной основе.

В соответствии с графиком выезда специалистов Министерства здравоохранения, Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан и республиканских подведомственных структур по оказанию организационно-методической и практической помощи, утвержденного Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 15 апреля 2015 года за №05-1-34/2186/и были осуществлены мониторинговые визиты в 12 регионов - Южно-Казахстанскую, Атыраускую, Кызылординскую, Мангистаускую, Восточно-Казахстанскую, Акмолинскую, Северо-Казахстанскую, Карагандинскую, Западно-Казахстанскую, Актюбинскую, Костанайскую области и в г.Астана. Всего за 9 месяцев 2015 года мониторинговыми визитами были охвачены 55 учреждений ПМСП, 38 ПТО и 17 учреждений уголовно-исполнительной системы (далее - УИС).

Таблица 2 - Индикаторы стратегических вмешательств Мониторинга и Оценки реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ в Казахстане на 2014-2020 годы

№ п/п	Индикатор	Целевой показатель 2020г
1	Смертность от ТБ	3,8 на 100. Тыс. населения
2	Заболеваемость ТБ	55,6 на 100 тыс. населения
3	Заболеваемость ТБ с учетом рецидивов	-
4	% сокращенных коек в ПТО	35%
5	% сокращенных ПТО	15%
6	% сокращенных дней госпитализации	55%
7	% больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ, начавших лечение в амбулаторных условиях	50%
8	% ежегодного госбюджета для контроля ТБ	90%
9	% охвата экспресс молекулярно-генетическими тестами (G-Xpert)	100%
10	% охвата больных ТБ ТЛЧ к ПТП первого ряда	100%
11	% охвата больных МЛУ ТБ ТЛЧ к ПТП второго ряда	100%
12	% успешного лечения впервые выявленных больных легочным ТБ с МБТ (+)	85%
13	% успешного лечения больных МЛУ ТБ	75%
14	% охвата лечением МЛУ ТБ	100%
15	% охвата больных ТБ ПТП первого ряда	100%
16	% охвата больных ШЛУ ТБ ПТП третьего ряда	100%
17	% больных ТБ, получающих социальную поддержку регулярно (не менее 1 раза в месяц) на амбулаторном этапе лечения	90%
18	% охвата химиопрофилактикой детей из контакта	100%
19	% охвата вакцинацией БЦЖ новорожденных	98,5%
20	% охвата ЛЖВ химиопрофилактикой изониазидом	95%
21	Заболеваемость ТБ среди медицинских работников	100 на 100 тыс. населения
22	% охвата работников ПТО респираторами с высокой степенью защиты	100%
23	% обученных специалистов по МиО	98%
24	% укомплектованности фтизиатрами	100%
25	% обученных врачей ПМСП менеджменту МЛУ-ТБ	70%
26	% больных ТБ, освобожденных из мест лишения свободы и взятых на диспансерный учет в гражданском секторе с незавершенным лечением	90%
27	% обращений со стороны ПТО по поиску больных ТБ, уклоняющихся от лечения, удовлетворенных территориальными учреждениями МВД РК	95%
28	% больных ТБ, охваченных тестом на ВИЧ	99%
29	% охвата больных ТБ/ВИЧ профилактическим лечением котримоксазолом	100%
30	% охвата АРТ больных ТБ/ВИЧ	100%
31	Число НПО вовлеченных в НТП	15
32	Число мигрантов, обследованных на ТБ	140 000
33	Число работников и волонтеров НПО, обученных в рамках программы	329 (отчет НПО)
34	Число медицинских работников обученных в рамках программы	427 (отчет НПО)
35	% мигрантов с ТБ получивших психосоциальную поддержку	90%
36	% населения пилотных областей, охваченного информационно-образовательной деятельностью	50%

Кроме специалистов Национального центра проблем туберкулеза РК, в состав бригады по МиО включаются по согласованию специалисты Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга (далее - НПЦСЭиМ) и Комитета уголовно-исполнительной системы

Министерства внутренних дел РК (далее - КУИС), а также специалисты областных департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗСР РК и областных центров по профилактике и борьбе со СПИД.

В текущем году во время МиО визитов проводилась оценка выполнения противотуберкулезных мероприятий за 2014 год и за отчетные периоды 2015 года по следующим аспектам: Выявление случаев туберкулеза на уровне ПМСП среди групп риска и среди лиц с подозрением на туберкулез.

Лабораторная диагностика туберкулеза. Система регистрации и отчетности по туберкулезу. Профилактика и лечение туберкулеза. Лекарственное обеспечение больных туберкулезом. Инфекционный контроль. Санитарно-просветительная работа. Тренинги, обучение медицинских работников ПТО и ПМСП. Оказание социальной помощи больным туберкулезом. Мероприятия по ТБ/ВИЧ. Межведомственное взаимодействие.

В процессе визита проводился анализ выполнения рекомендаций предыдущего визита за 2014 год. Следует отметить, что выполнение регионами предыдущих рекомендаций составляет в среднем 90% и более. Основными причинами невыполнения рекомендаций являются: отсутствие финансирования, кадровый дефицит, недостаток контрольно-надзорных функций со стороны ответственных специалистов, недостаток знаний по выявлению и диагностике ТБ, по М/ШЛУ ТБ со стороны специалистов ПМСП, слабое межсекторальное и межведомственное взаимодействие в регионах.

Результаты выполнения предыдущих рекомендаций, а также основные проблемы, выявленные во время Республиканского мониторингового визита за 2015 год, и пути их решения доводятся до сведения заместителей Акимов областей, курирующих вопросы здравоохранения, а также руководителей управления здравоохранения.

В настоящее время выполнение рекомендаций предыдущего года и по итогам МиО за 2015 год контролируются кураторами регионов - специалистами группы МиО НЦПТ РК на ежеквартальной основе. Также в конце мониторингового визита во всех посещенных регионах проводятся конференции с участием специалистов УЗ, ДУИС, ОПТД, руководителей городских и районных ПМСП и ПТО, где доводятся до внимания присутствующих основные успехи и недостатки, выявленные во время МиО и за отчетный период, а также страновые показатели за прошедший год в сравнении с предыдущим годом.

С 2015 года введено в практику областных противотуберкулезных диспансеров составление и утверждение на уровне областных управлений здравоохранения Плана по реализации (далее – План по реализации) рекомендаций специалистов НЦПТ РК, НПЦСЭЭиМ и КУИС с указанием временных рамок и ответственных лиц на основании отчета Республиканского МиО визита. В последующем План по реализации контролируется куратором региона (специалистом НЦПТ), в случае невыполнения в срок каких-либо мероприятий выясняются причины, которые должны быть устранены.

С целью дальнейшего совершенствования МиО противотуберкулезных мероприятий в стране специалистами НЦПТ РК были разработаны учетно-отчетные формы для сбора информации по индикаторам Комплексного плана (таблица 2). Благодаря унифицированной форме отчетности проводится ежеквартальный анализ и оценка выполнения мероприятий Комплексного Плана по борьбе с туберкулезом в разрезе каждого региона с использованием бальной системы определения рейтинга (0 баллов – отрицательная динамика/ухудшение показателей, отсутствие данных, 1 балл – наличие положительной динамики/улучшение, 2 балла – показатели, выше среднереспубликанских/ достижение стандарта).

Дополнительно к указанным индикаторам, оцениваются на ежеквартальной основе следующие показатели: Выявляемость ТБ методом микроскопии на уровне ПМСП. Удельный вес лиц с подозрением на ТБ, охваченных методами ускоренной диагностики (G-Xpert). Удельный вес подтвержденных случаев ТБ; Удельный вес рецидивов ТБ. Удельный вес внелегочных случаев ТБ. Удельный вес новых случаев ТБ среди всех случаев смерти. Удельный вес новых случаев категории IV среди всех случаев смерти. Показатель регистрации в 0 ГДУ. Эффективность лечения впервые выявленных больных чувствительным ТБ с бактериовыделением. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ. Удельный вес ПТП первого, второго и третьего ряда с надлежащими остатками. Удельный вес ПТО, своевременно и качественно осуществляющих ввод в аптечный портал НРБТ. Удельный вес стационарных отделений ПТО с высоким инфекционным риском, где установлена эффективная механическая вентиляция. Удельный вес баклабораторий ПТО, оборудованных эффективной системой механической вентиляции.

Удельный вес хирургических операционных комнат ПТО, оборудованных эффективной системой механической вентиляции. Удельный вес круглосуточных отделений для больных МБТ (+) с огражденными прогулочными площадками для больных. Удельный вес процедурных помещений ПТО с высоким инфекционным риском, где установлена эффективная механическая вентиляция. Удельный вес отделений для принудительного и паллиативного лечения, обеспеченных круглосуточными охранными постами; Удельный вес финансовых средств, выделяемых на социальную поддержку больных ТБ на амбулаторном этапе лечения. Обеспеченность ПТО койками дневного стационара. Удельный вес больных ТБ, М/ШЛУ ТБ, начавших лечение в амбулаторных условиях. Удельный вес ПТО на ПХВ. Удельный вес освобожденных и обученных специалистов групп МиО. Количество обученных специалистов ПМСП по циклу «Выявление

ТБ» и «Менеджмент М/ШЛУ ТБ». Обеспеченность ПТО компьютерами с постоянной интернет-связью. Удельный вес учащихся и персонала школ, ПТУ и ВУЗов, охваченных ФГ обследованием. Удельный вес внешних и внутренних мигрантов, охваченных ФГ обследованием.

Охват ФГ обследованием групп риска и групп повышенного риска по ТБ. Результаты анализа показателей регионов по индикаторам Комплексного Плана, а также по индикаторам структуры, процесса, результата утвержденных контрольных листов, по итогам 9 месяцев 2015 года приведены в таблице 3. Всего было оценены 65 показателей, при этом из максимальных 130 (100%) баллов, среднереспубликанский показатель составил 62,1%. Показали результаты выше среднереспубликанских 9 регионов – г. Астана (70,8%), Жамбылская (70%), Западно-Казахстанская (69,2%), Павлодарская (68,5%), Актюбинская (66,9%), Алматинская (66,2%), Южно-Казахстанская (64,6%), Акмолинская (62,3%) и Атырауская (62,3%) области. Следует отметить, что в целом по РК выполнение не менее 85% от требуемого стандарта достигнуто по следующим показателям: обеспеченность компьютерами с доступом в интернет на уровне аптечных складов ПТО (достигли 100% все регионы, кроме Карагандинской области); охват лечением ПВР (93,8%); наличие круглосуточной охраны принудительных отделений ПТО (96%); профилактика котримоксазолом ТБ/ВИЧ пациентов (87,5%).

В недостаточной мере выполняются такие показатели, как: удельный вес рецидивов ТБ; удельный вес новых случаев ТБ среди умерших; качество ввода в аптечный компонент НРБТ; удельный вес больных, начавших амбулаторное лечение; охват социальной поддержкой больных ТБ; наличие систем эффективной механической вентиляции в хирургических операционных; удельный вес освобожденных специалистов в группах МиО. Перечисленные индикаторы в среднем по РК выполнены менее, чем на 30%.

Таблица 3 – Результаты рейтинговой оценки регионов за 9 месяцев 2015 года

№	Область	Набрано баллов	Макс. кол-во баллов	% баллов
1	г.Астана	92	130	70,8
2	Жамбылская область	91	130	70,0
3	Западно-Казахстанская область	90	130	69,2
4	Павлодарская область	89	130	68,5
5	Актюбинская область	87	130	66,9
6	Алматинская область	86	130	66,2
7	Южно-Казахстанская область	84	130	64,6
8	Акмолинская область	81	130	62,3
9	Атырауская область	81	130	62,3
10	Северо-Казахстанская область	79	130	60,8
11	Восточно-Казахстанская область	77	130	59,2
12	г.Алматы	76	130	58,5
13	Костанайская область	76	130	58,5
14	Кызылординская область	71	130	54,6
15	Карагандинская область	66	130	50,8
16	Мангистауская область	65	130	50,0
	Республика Казахстан	1291	130	62,1

Итоги МиО за 9 месяцев 2015 года свидетельствуют о том, что во всех регионах имеет место улучшение основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в виде снижения заболеваемости и смертности. Улучшается ситуация с регистрацией подтвержденных случаев туберкулеза (данный показатель составляет более 65% в Атырауской, Восточно-Казахстанской, Мангистауской, Южно-Казахстанской областях). Достигнуты стандарты по бесперебойному обеспечению больных туберкулезом ПТП первого, второго и третьего ряда, а также по обеспечению работников ПТО респираторами высокой степени защиты в гражданском секторе здравоохранения.

Несмотря на положительную динамику, не во всех регионах достигнуты стандарты по выявлению случаев туберкулеза на уровне ПМСП методом микроскопии (стандарт 5-10%). По итогам 9 месяцев 2015 года достигли стандарта выявления следующие регионы: г. Алматы (5,8%), Акмолинская область (5,5%), Кызылординская область (5,4%), ЮКО (5,3%) и г. Астана (5,1%).

Страдает качество формирования групп риска и обязательного контингента в учреждениях ПМСП. Нет надлежащего охвата флюорографическим обследованием и строго контроля за ежемесячным



выполнением плана обследования среди групп повышенного риска по туберкулезу (ВИЧ-инфицированные, БОМЖ, безработные, малообеспеченные, мигранты, контактные лица). На уровне ПМСП недостаточно контролируются условия хранения и остатки противотуберкулезных препаратов.

В связи с текучестью кадров ПМСП, остается недостаточным удельный вес обученных специалистов и уровень их знаний по вопросам раннего выявления и лечения туберкулеза и М/ШЛУ ТБ.

Во всех регионах страдает качество мероприятий по эффективной и своевременной изоляции детей и подростков из контакта. Рост заболеваемости среди детей имеет место в Актыбинской и Карагандинской областях.

На амбулаторном этапе лечения больных туберкулезом и М/ШЛУ ТБ имеют место пропуски приема противотуберкулезных препаратов (далее – ПТП) и выдача ПТП на руки больным. Не в полном объеме назначаются средства симптоматической и патогенетической терапии при лечении больных ТБ и М/ШЛУ ТБ, что свидетельствует о недостаточном мониторинге лечения и побочных действий ПТП.

Материально-техническая база бактериологических лабораторий ОПТД Алматинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Павлодарской, Атырауской, Северо-Казахстанской областей, г. Алматы и Астана соответствует требованиям инфекционного контроля.

Остается проблемой наличие перебоев в обеспечении реактивами на ускоренные методы диагностики (БАКТЕК, GeneXpert).

В ПТО гражданского и пенитенциарного сектора здравоохранения не решены вопросы с технической ревизией и сервисным обслуживанием систем механической вентиляции. Из года в год отмечается недостаточное выделение финансовых средств из местного бюджета для оказания социальной помощи больным туберкулезом на амбулаторном этапе лечения в большинстве регионов (Актыбинской – 3,3 %, Алматинской – 1,7%, Атырауской – 0,2%, ВКО-1,6%, Жамбылской – 1,2%, ЗКО - 2,3%, Карагандинской – 0,8%, Костанайской – 1,4%, Мангистауской -3,1%, в ЮКО – 0,4%, СКО - 1,3%, г. Алматы – 0,5%). Стандарт ВОЗ - 4% от общего объема финансирования противотуберкулезных мероприятий, достигнут в 4 регионах – в г. Астане (6,4%), Акмолинской (5,6%), Кызылординской (4,1%) и Павлодарской (4%) областях.

В учреждениях УИС МВД РК отмечаются следующие проблемы: Недостаточная обеспеченность врачебными кадрами. Страдает качество флюорографических осмотров. Страдает качество и полнота заполнения учетно-отчетной документации и ввода данных в НРБТ. Не в полной мере соблюдаются меры инфекционного контроля (нет плана инфекционного контроля, нет вентиляции, нет УФО, нет учета больных в инфекционном журнале Ф60/у, не подается экстренное извещение на больных в ДЗПП). Низкий охват обучением специалистов УИС по менеджменту М/ШЛУ ТБ и информационной системе.

На сегодняшний день существуют следующие проблемы МиО: Недостаточный кадровый потенциал специалистов МиО на национальном и областном уровне. Нет утвержденных штатов и бюджета для МиО (командировочные и транспортные расходы, в том числе авиаперелеты). Недостаточное техническое обеспечение групп МиО современными компьютерами и постоянным доступом в высокоскоростной интернет.

Намечены пути решения: Внесение дополнений в приказ № 238 от 07.04.2010г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - об освобожденных группах МиО и штатных единицах, ответственных за ведение НРБТ на национальном, областном и районном уровнях. Создание при НЦПТ второй группы МиО с финансированием из республиканского бюджета (не менее 5 специалистов в каждой группе). Создание при областных и региональных ПТО освобожденных групп МиО в составе не менее 5 специалистов с устойчивым финансированием за счет местного бюджета. Обеспечение транспортными и командировочными расходами с учетом времени в пути, отдаленности региона, вида транспорта и длительности мониторингового визита. Обучение специалистов группы мониторинга и оценки, в том числе на международных курсах. Создание инфраструктуры для эффективной работы групп МиО ПТО и учреждений УИС (оргтехника, беспроводной постоянный высокоскоростной интернет и автотранспорт).

Таким образом, внедрение и функционирование системы мониторинга и оценки позволяет совершенствовать различные аспекты противотуберкулезных мероприятий (выявление, диагностика, лекарственное обеспечение, лечение, регистрация, диспансерное наблюдение, социальная поддержка, санитарное просвещение, инфекционный контроль), а также своевременно выявлять положительные стороны и недостатки, проводить разработку реальных и выполнимых рекомендаций, оценивать уровень коммуникаций с другими секторами здравоохранения и неправительственными организациями.

Так как ключевой функцией системы МиО является достоверный, объективный сбор данных и точная передача их на вышестоящий уровень, все работники различных уровней ТБ программы должны понимать важность верификации полученных и направляемых сведений.

Мониторинг и оценка - два процесса, необходимые для качественного внедрения Национальной программы по туберкулезу и достижения намеченных краткосрочных задач и долгосрочных результатов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). С. 4-6.
2. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). С.27-29.

## ТҮЙІН

- Г.А. Мусабекова** – м.ғ.к., Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының басшысы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)
- Я.В. Бесстрашнова** – Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [yana.besstraschnova@yandex.ru](mailto:yana.besstraschnova@yandex.ru)
- Г.П. Рыскулов** – Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [galym\\_87@mail.ru](mailto:galym_87@mail.ru)
- М.А. Жапаркулова** - Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru),
- М.Р. Рашитов** - Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [r\\_mahmud@mail.ru](mailto:r_mahmud@mail.ru)
- Н. Н. Омарова** - Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru),
- Д. Курман** - Туберкулез мәселелері ұлттық орталығының бақылау және бағалау тобының маманы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru),

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ШАРАЛАРДЫ БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ

Бұл мақала еліміздің барлық өңірлерінде индикаторлар негізінде бақылау және бағалау жүйесін енгізу арқылы туберкулезге қарсы шаралардың әртүрлі аспектілерінің сапасын жоғарлату мәселесіне арналған. Сипаттамада мақсат, міндеттер, бақылау және бағалау индикаторлары, модельдің сапа бағасы, өңірлерде әдіснамалық тәсілдерді қалыптастыру рейтингі және олардың мониторингтік қызметін жүргізу сипатталады. Туберкулезге қарсы күрес жүргізудің 2014-2020 жылдары арналған Кешендік жоспары шараларының 2015 жылдың 9 айы ішінде іске асырылу нәтижелері бағаланған.

**Кілт сөздер:** мониторинг, сапасын бағалаудың көрсеткіштері, туберкулез.

## REZUME

- G.A. Mussabekova** – MD, Head of the Monitoring and Evaluation of the National Center of Tuberculosis, Almaty, Kazakhstan, [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)
- Ya.V. Besstrashnova** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [yana.besstraschnova@yandex.ru](mailto:yana.besstraschnova@yandex.ru)
- G.P. Ryskulov** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [galym\\_87@mail.ru](mailto:galym_87@mail.ru)
- M.A. Zhaparkulova** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)
- M.A. Rashitov** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [r\\_mahmud@mail.ru](mailto:r_mahmud@mail.ru)
- N.N. Omarova** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)
- D. Kurman** - expert group monitoring and evaluation of the National Center for Tuberculosis Problems, Almaty, Kazakhstan, [ncpt@bk.ru](mailto:ncpt@bk.ru)

## MONITORING AND ESTIMATION OF ANTITUBERCULOSIS MEASURES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

This article is sanctified to the questions of upgrading of different aspects of antituberculosis measures by introduction through this country of the system of monitoring and estimation on indicatory basis. An aim, tasks, indicators of monitoring and estimation, model of estimation of quality, and also methodological going near forming of rating of regions and conduct of monitoring of their activity, is described. Results over of estimation of the conducted events are given through implementation of Complex Plan for fight against tuberculosis for 2014-2020 on results obtained during 9 months of 2015.

**Key words:** monitoring, indicators of quality assessment, tuberculosis.

**Ф.К. Ташпулатова**- заведующая кафедрой фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института

**Н.А.Хомова**- магистр кафедры фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института, г.Ташкент, Республика Узбекистан, fatima2263@mail.ru

### КОМПЛАЕНС У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Комплексно обследовано 45 больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью к химиопрепаратам. Установлено, что социальные факторы имеют высокий удельный вес 87%. 70% пациентов доверяют медицинскому персоналу и ожидают хороших результатов лечения. В результате применения теста Мориски – Грина определен уровень комплаентности у больных с ЛУТЛ, а также установлено, что всего 40% пациентов привержены к лечению. Имеют значение демографические факторы – социальный статус, социальная занятость, а также факторы, связанные с пациентом – понимание болезни и последствий, мотивация семьи больного.

**Ключевые слова:** туберкулез, лекарственная устойчивость, комплаенс.

Одной из глобальных проблем современной фтизиатрии является проблема лекарственной устойчивости (ЛУ) к химиопрепаратам. По данным последнего исследования ВОЗ в 2011 году в мире было зарегистрировано 630 тысяч случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Установлено, что среди новых случаев ЛУ составляет 43%, среди повторных больных- 80%. Распространение ЛУ туберкулеза представляет значительную угрозу всему человечеству и является глобальной проблемой современности. Своевременная диагностика, лечение больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза представляет собой одну из важных задач не только фтизиатрии, но и всего здравоохранения.

Характерной особенностью оказания медицинской помощи при туберкулёзе является необходимость длительного лечения, что делает особенно актуальной проблему приверженности пациентов врачебным рекомендациям, включая и соблюдение медикаментозного режима. Одними из основных причин низкой эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом, являются преждевременное прекращение лечения или перерывы приема противотуберкулезных препаратов по вине самого пациента.

Низкая приверженность терапии - одна из наиболее значимых проблем в контроле над туберкулезом в различных регионах мира (Jurcev et al., 2013). Комплайентности больных туберкулёзом лиц посвящено достаточно много исследований (Богородская Е.М.,2009; Пьянзова Т.В. 2009. Паролина Л.Е и соавтр..2011)

Большинство авторов изучало проблему низкой приверженности лечению больных туберкулезом по отдельным признакам, без учета их комплексного воздействия. В России проводилось лишь несколько исследований по определению количественного влияния различных факторов на отношение к противотуберкулезной терапии (Филлипсон О. Н., 2000).

Цель: изучить комплаенс у больных лекарственно устойчивым туберкулезом на основе анкетирования.

Материалы и методы исследования. Комплексно обследовано 45 больных туберкулезом легких, у которых было установлено наличие лекарственной устойчивости к химиопрепаратам. У всех больных проводили клинико-лабораторное обследование. Всем больным проводили рентгенологический метод обследования, по показаниям МСКТ, КТ грудной клетки.

Среди обследованных мужчин было 30(66,6%), женщин – 15(33,4%). Среди больных преобладали мужчины в возрасте от 21-до 30 лет. У 66,6%обследованных больных установлено наличие сопутствующих заболеваний. Среди сопутствующих заболеваний преобладали такие как сахарный диабет (26,6%) и болезни нервной системы 30%, а также хронический гепатит(30%). Среди больных первичные пациенты составили 11(24,4%) человек и 34 (75,6%) - ранее леченные.

Таким образом, среди обследованных больных с ЛУТЛ преобладали мужчины, возраст от 21 до 49 лет, ранее леченные, имеющие сопутствующие заболевания (66%), имеющие вредные привычки, не работающие, со средним образованием. В целях определения информированности о туберкулезе и комплаенса у больных проведено анонимное анкетирование по разработанной анкете – вопроснику и тесту Мориски – Грина.

Результаты и обсуждения. Изучение факторов риска у 45 больных ЛУТЛ показало, что социальные факторы имеют высокий удельный вес 87%. Наиболее распространенным отягощающим фактором среди социальных является отсутствие постоянной работы 60 %, плохие жилищно-бытовые, условия 25%. Отсутствие семьи и одиночество регистрировалась у 40%. Сочетание трех и боле факторов отмечено у 58% больных. 70% пациентов доверяют медицинскому персоналу и ожидают хорошие результаты лечения. При анализе анонимного анкетирования было установлено, что по мнению пациентов ЛУТЛ, 77% соблюдают строго предписанный режим лечения.

Изучен уровень комплаенса у 45 больных ЛУТЛ по тесту Мориски -Грина. Установлено, что всего 40% пациентов с ЛУ имеют комплаенс к лечению. Анкетирование показало, что комплаентность высока у женщин (80%), у мужчин комплаентность составляет 60%. У одиноких пациентов отмечена низкая комплаентность всего 44%. Высокая комплаентность установлена у пациентов, состоящих в браке 80%. Среди работающих пациентов приверженность к лечению составила 70%. Среди безработных 44%. У больных с побочными реакциями на препараты комплаентность составило 45%. Высокая степень комплаентности отмечена среди первичных пациентов 85%, повторные - 47%. Полученные результаты показали низкую информированность пациентов о своем заболевании. В результате применения теста Мориски – Грина определен уровень комплаентности у больных с ЛУТЛ, установлено, что всего 40% пациентов привержены к лечению. Имеет значение демографическо – социальный статус, социальная занятость, факторы связанные с пациентом – понимание болезни его последствий, мотивация семьи больного.

Выводы. Разработан вопросник для выявления информированности пациента о своем заболевании, предварительная апробация которого, показала низкую информированность пациентов с ЛУТЛ. Изучен комплаенс у больных ЛУТЛ по тесту Мориски – Грина, который показал низкую комплаентность, всего 40% больных выполняют медикаментозные и лечебные рекомендации врачей.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Туб.-2009.– Т. 86, № 9. – С. 3-10.
2. Паролина Л. Е., Баринбойм О. Н., Локторова Н. П. Приверженность к лечению впервые выявленных больных лекарственно-устойчивым туберкулезом // Туб. – 2011. – Т. 88, № 5. – С. 100-101.
3. Пьянзова Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // Бюллетень сиб. мед. – 2012. – № 6. – С. 216-217.
4. Филипсон О. Н. Влияние отношения больных туберкулезом к заболеванию на эффективность лечения // Проблемы туберкулеза. 2000. № 3. С. 1115.
5. Jurcev I., Styblo, K., Rouillon, A. Tuberculosis in developing countries: burden, intervention and cost. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2013; 65:6-24.

### ТҮЙІН

**Ф.К.Ташпулатова** – Ташкент Педиатрлік медициналық институтының кафедра меңгерушісі.

**Н.А.Хомова** – Ташкент Педиатрлік медициналық институтының фтизиатрия кафедрасының магистры, Өзбекстан Республикасы, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

### ДӘРІГЕ ТҰРАҚТЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КОМПЛАЕНСЫ

Өкпе туберкулезінің дәріге тұрақты химиопрепараттарына комплексті түрде 45 науқас тексерілді. Әлеуметтік факторлардың жоғары меншікті салмағы 87% екені қойылды. Науқастардың 70% медициналық персоналға сенеді және жақсы нәтиже күтеді. Мориски-Грина тесті кезінде өкпе туберкулезінің дәріге тұрақтылығы мен науқасты өзара келісім анықталуы және де 40% науқастар емделуге мүдделі. Демографиялық факторлар-әлеуметтік статус, әлеуметтік жауапкершілік және науқастарға байланысты – аурудың сипатын түсіну және болжамы, науқастың жануясына мотивация.

**Кілт сөздер:** туберкулез, дәрілік тұрақтылық, комплаенс.

### SUMMARY

**F.K.Tashpulatova**, the head of Phthisiology of the Tashkent Pediatric Medical Institute,

**N.A.Khomova** - Master's degree in Phthisiology of the Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic Uzbekistan, e-mail: [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

### COMPLIANCE OF PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS (TB)

Patients in number of 45 were screened for drug-resistant tuberculosis (TB), especially to chemotherapy preparations. It was determined, that social factors have high relative density of 87 %. 70 % of patients have confidence in the medical personnel and while assisting, expect significant progress and perfect results of treatment. As a result of application of Maurice - Green method, compliance procedure level of patients with drug-resistant tuberculosis (TB) was determined, as well as it was found, that only 40 % of patients demonstrated compliance to treatment. It is important to take into account demographic factors, such as social status, social employment, as well as factors connected with the patient, such as understanding of disease and its causes and consequences, motivation of patient's family.

**Key words:** tuberculosis, drug resistance (DR), compliance.



**Ф.К. Ташпулатова**- заведующая кафедрой фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института, г.Ташкент, Республика Узбекистан, fatima2263@mail.ru

## ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

### АННОТАЦИЯ

С целью изучения эффективности фитотерапии в комплексной терапии устойчивого туберкулеза обследовано 55 ранее леченных больных с лекарственной устойчивостью (ЛУ) в возрасте от 25 до 45 лет. Для ускорения дезинтоксикации, улучшения переносимости препаратов был разработан настой из лечебных трав. Установлено, что в конце интенсивной фазы лечения через 6 месяцев показатели конверсии мазка мокроты в группе больных, получавших фитосбор, составили  $63,3 \pm 8,4\%$ . Доказано, что применение фитотерапии улучшает переносимость полихимиотерапии, способствует положительным сдвигам биохимических показателей воспалительного комплекса крови.

**Ключевые слова:** туберкулез, устойчивость, фитотерапия, микобактерии туберкулеза

Лечение лекарственно устойчивого туберкулеза является одной из сложнейших проблем современной фтизиатрии. Этиотропное лечение не всегда дает желанного эффекта (Мишин В.Ю. и соавтр., 2004). В последнее время все больше исследований проводятся с целью изучения эффективности фитотерапии при лечении туберкулеза (Тярасова К.Т., 1997; De Souza M.V). Особо подчеркивается патогенетическая направленность действия лекарственных трав, их потенцирование действия химиопрепаратов (Барнаулов О.Д., 1999; Казаринова Н.В. и соавтр., 2000; Никонов Г.К., Мануйлов Б.М. 2005).

**Цель:** Изучить эффективность фитотерапии в комплексной терапии у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом (ЛУТЛ).

**Материал и методы исследования:** Обследовано 55 ранее леченных больных с лекарственной устойчивостью в возрасте от 25 до 45 лет. Преобладали мужчины  $66 \pm 6,3\%$ , женщины составили  $34 \pm 6,3\%$ .

Среди клинических форм туберкулеза фиброзно- кавернозный туберкулез диагностирован у 29 ( $52,2 \pm 6,7\%$ ), инфильтративный туберкулез – у 15 ( $27,3 \pm 6,0\%$ ), диссеминированный туберкулез установлен у 11 ( $20 \pm 5,3\%$ ). У всех пациентов был установлен МЛУ туберкулез. Все больные получали химиотерапию по программе ДOTS плюс: капромицин+левофлоксацин +протионамид +пиразинамид+циклосерин-ПАСК+этамбутол.

Для ускорения дезинтоксикации, улучшения переносимости препаратов был разработан настой из лечебных трав: душицы, зверобоя, корня солодки, подорожника, цветов ромашки, кукурузных рыльцев. При составлении сбора учитывали основные свойства лекарственных трав - противовоспалительное; противомикробное; улучшения функционального состояния печени, почек, ЖКТ; иммунокорректирующее; антиаллергическое; адаптогенное.

Для оценки выраженности воспаления определяли уровень в сыворотки крови гаптоглобина (Hr) по N. Koriner (1972) ( $8,5 \pm 3,1$  мг%), сиаловых кислот по методу С.А.Гесса ( $160,4 \pm 4,1$  ед.), серомукоидов колориметрическим методом ( $167,7 \pm 4,8$  ед.) (Арипов А.Н., 2000).

Больные в зависимости от характера лечения были разделены на 2 группы: 1 группа, основная- 30 больных, получавших дополнительно в течении 2 месяцев настой из фитосбора. В качестве контроля обследованы 2 группа -25 больных с ЛУТЛ, которые получали комплексную терапию без включения фитосбора. Все группы были идентичными по возрасту, полу, клиническим формам туберкулеза.

**Результаты и обсуждение.** У 17 ( $56,6 \pm 9,0\%$ ) больных получавших фитосбор в конце 1 месяца лечения отмечена положительная динамика клинических симптомов: уменьшение кашля с мокротой, нормализация температуры тела, исчезновение потливости, появление аппетита. В то же время в контрольной группе положительная динамика отмечена только к концу 2-3 месяца терапии.

Динамические наблюдения в конце интенсивной фазы лечения через 6 месяцев показали, что показатели конверсии мазка мокроты в группе больных, получавших дополнительно фитосбор составила  $63,3 \pm 8,4\%$ . В то время в контрольной группе конверсия мазка отмечена у  $48 \pm 10,0\%$ . У больных с наличием ЛУ получавших дополнительно фитосбор уменьшение каверны отмечено у  $66,7 \pm 8,6\%$  и рассасывание инфильтрации у  $33,3 \pm 8,6\%$  больных, в то же время в контрольной группе эти показатели составили  $40 \pm 9,7\%$  и  $24 \pm 8,5\%$  соответственно (табл.). Закрытие каверны через 6 месяцев стационарного лечения установлено у  $26,6\%$  больных основной группы и  $20\%$  больных контрольной группы ( $P > 0,05$ ).

Анализ динамики активности воспалительного комплекса показал, если до начала лечения у всех больных показатели воспалительного комплекса крови были повышенными, то в процессе лечения отмечены положительные сдвиги в сторону уменьшения. Однако, в группе больных получавших дополни-

тельно фитосбор, уровень гаптоглобина, серомукоидов и сиаловой кислоты в 1,3-1,5 раза была ниже, чем в контрольной группе больных.

**Таблица - Рентгенологическая динамика у больных получавших фитосбор**

Группы	Количество больных	Закрытие каверны	Уменьшение каверны	Рассасывание инфильтрации, очагов диссеминации
1.Группа Фитосбор	30	8(26,6±8,0%) P>0,05	20(66,7±8,6%) P<0,05	10(33,3±8,6%) P >0,05
2.Группа Контроль	25	5 (20±8,0%)	10(40±9,7%)	6(24±8,5%)

Примечание: P- достоверность по сравнению с контрольной группой

В результате применения фитосбора отмечается снижение частоты побочных реакций (ПР) до 40,0 ±8,8 %, в контрольной группе частота ПР составила 64,0±9,3%. Уменьшение количества ПР при использовании разработанных схем лечения с применением фитосборов следует объяснить тем, что в отличие от медикаментозной терапии, лекарственные травы обладают разнонаправленным действием: спазмолитическим, дезинтоксикационным, противовоспалительным, десенсибилизирующим, седативным, нормализуя функциональные показатели печени и почек.

**Выводы:** Включение фитотерапии в качестве патогенетического метода лечения больных ЛУТЛ способствует более быстрой дезинтоксикации и улучшению показателей эффективности химиотерапии. Применение фитотерапии улучшает переносимость полихимиотерапии, способствует к положительным сдвигам в биохимических показателях воспалительного комплекса крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Арипов А.Н.,Фесенко Л.М. Клиническая биохимия. Методы.-Т.: Абу Али Ибн Сино, -2000.-2007-271с.
2. Барнаулов О.Д. Фитотерапия больных легочным туберкулезом.- СПб,1999.- 414 с.
3. Казаринова Н.В., Ткаченко К.Г. Лекарственные растения в лечении разных форм туберкулеза // Растительные ресурсы.- 2000.- Т.36, вып.1.- С.92-106.
4. Никонов Г.К., Мануйлов Б.М. Основы фитотерапии.-М.: Медицина, 2005.- 520 с.
5. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. К проблеме оптимизации и доказательности современных режимов химиотерапии туберкулеза легких // Пробл.туберкулеза.- 2004.- № 8.- С.7-12.
6. Тярсова К.Т. Фитотерапия в клинике туберкулеза // Большой целевой журнал о туберкулезе.- 1997.- № 7-8.- С.47-50
7. De Souza M.V. Plants and fungal products with activity againts tuberculosis // Sci. Wed J.-2005.-Vol.8.- P.609-628.

#### ТҮЙІН

**Ф.К. Ташпулатова** – Ташкент Педиатрлік медициналық институтының кафедра меңгерушісі, Ташкент қ.,  
Өзбекстан Республикасы

#### ДӘРІГЕ ТҰРАҚТЫ ӨКПЕТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ КОМПЛЕКСТІ ЕМІНІҢ ФИТОТЕРАПИЯСЫ

25-45 жас аралығында тұрақты туберкулез бен 55 науқасдәрілік тұрақтылыққа зерттелді. Дезинтоксикацияны төмендету үшін, препаратты көтеру үшін дәрілік шөптен тұнба дайындалған. Емінің интенсивті фазасының соңында 6 айдан кейін науқастардың қақырық жағындысының конверсиясы, фитосбор алғандардың саны 63,3 +- 8,4 % құрады. Фитотерапия қолданғаны полихимиотерапия көтеруді жақсартуы, қанның комплексті қабынуының биохимиялық көрсеткішіне оңынан әсер ететіні дәлелденді.

**Кілт сөздер:** туберкулез, тұрақтылық, фитотерапия, микобактерии туберкулезі

#### SUMMARY

**F.K.Tashpulatova**, the head of phthisiology of the Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic  
Uzbekistan, e-mail: fatima2263@mail.ru

#### HERBAL MEDICINE OF DRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS IN MULTIMODALITY THERAPY

For the purpose of obtaining numerical results in studying the efficacy of herbal medicine in multimodality therapy of susceptible tuberculosis, 55 pre-treated patients were screened for drug resistance (DR) with ages

varying between 25 and 45 years. Herbal infusion has been developed for acceleration of disintoxication treatment and improvement of compliance issue with medication.

It was found, in the end of intensive phase of treatment, as in 6 months, indicators of conversion of sputum smear in group receiving herbal infusions were  $63,3 \pm 8,4$  %. Using the herbal medicine will improve the tolerability of polychemotherapy, and create a foundation for further stabilization of biochemical indicators of inflammation complex of blood.

**Keywords:** tuberculosis, resistance, herbal medicine, mycobacterium tuberculosis

**М.А. Хакимов** - старший научный сотрудник отделения фтизиоурологии Республиканского специализированного научно-практического Медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии, г.Ташкент, Республика Узбекистан

**М.Н. Тилляшайхов** - директор Республиканского специализированного научно-практического Медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии, г.Ташкент, Республика Узбекистан

**С.В. Хажитаев** - ассистент кафедры фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института, г.Ташкент, Республика Узбекистан

**О.А. Хайталиев** - магистр кафедры фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института, г.Ташкент, Республика Узбекистан, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗЕ

### АННОТАЦИЯ

Для систематизации ультразвунографической семиотики выявления нефротуберкулеза, комплексному обследованию подвергнуты 344 больных. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Четкие признаки нефротуберкулеза установлены на сонограммах почки у 75,9% больных, на экскреторных урограммах у 51,2%. Сравнительный анализ лучевых методов исследования при нефротуберкулезе показывает, что четкие признаки заболевания установлены при ультразвунографии почек в 76,2%; а при экскреторной урографии – в 51,2% случаев. При запущенных деструктивных формах нефротуберкулеза четкие ультразвуно-графические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические – (51,2%). Ультрасонография почек является высокоинформативным методом выявления нефротуберкулеза, точность метода составляет 78,5%, специфичность – 89,7%.

**Ключевые слова:** нефротуберкулез, ультрасонография, рентгенография, экскреторная урограмма

Информативность того или иного метода лучевой диагностики зависит от локализации, характера и выраженности деструктивного процесса. Характерные для нефротуберкулеза признаки наблюдаются, как правило, при его далеко зашедших формах и представлены кавернозными образованиями и различными вариантами кальцификации. Данные литературы по ультрасонографическому исследованию почек при различных формах нефротуберкулеза противоречивы. До сих пор не определена ультрасонографическая семиотика нефротуберкулеза, не разработаны ультрасонографические дифференциально-диагностические признаки поражения почек.

Нами проанализированы результаты 3284 исследований в 1998-2007 гг., в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз. с подозрением на нефротуберкулез. Среди обследованных, нефротуберкулез был установлен у 1820 (55,4%) больных, хронический пиелонефрит – у 584 (17,8%), нефролитиаз – у 245 (7,5%), нефроптоз – у 160 (4,8%), аномалии структуры почек – у 114 (3,5%), амилоидоз почек – у 35 (1,1%), опухоль почки – у 13 (0,4%), патологии почек не обнаружено – у 313 (9,5%) пациентов. Среди больных нефротуберкулезом, туберкулезный папиллит почек установлен у 554 (30,4%), кавернозная форма – у 373 (20,5%), поликавернозная форма – у 54 (3,0%), фиброзно-кавернозная форма – у 60 (3,3%), туберкулезный нефроцирроз – у 162 (8,9%), туберкулезный пионефроз – у 15 (0,8%), посттуберкулезный гидронефроз – у 108 (5,9%), туберкулез единственной почки – у 494 (27,2%) пациентов. Для систематизации ультрасонографической семиотики, а также ультрасонографических критериев выявления нефротуберкулеза, комплексному обследованию подвергнуты 344 больных. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных.

Ультрасонографию почек проводили на аппарате «Интерскан-250» (Германия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5-5,0 мГц.

Различные формы нефротуберкулеза, на сонограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности и зависела, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Согласно нашим наблюдениям, увеличение размеров почки при различных формах нефротуберкулеза выявлялись в 41,8% случаев, уменьшение размеров почки, связанные с фиброзными изменениями почки отмечено в 2 раза реже (19,5%). В 75,9% случаев при нефротуберкулезе наблюдали неровность контуров почки, что связано с деструктивными изменениями паренхимы почки. Довольно часто у больных нефротуберкулезом выявили поражения чашечно-лоханочного комплекса: деформация чашечно-лоханочной системы у 79,1%; уплотнение – у 67,2%; склерозирование – у 63,1%. Также была изучена экзогенность паренхимы почек при различных формах нефротуберкулеза. Это проводилось, согласно разработанным критериям для пациентов с хронической почечной недостаточностью [8]. Согласно нашим наблюдениям, при различных формах нефротуберкулеза, чаще встречается повышение экзогенности паренхимы почки I (41,6%) и II (22,1%) степени.

Нами при различных формах нефротуберкулеза, «петрификаты» в паренхиме почки выявлялись в 50,3% случаев. Среди обследуемых больных нефротуберкулезом, у половины были выявлены различного характера полостные образования в паренхиме почки (каверны). Одно полостное образование наблюдалось у 70 (39,8%), более одного полостное образования – у 106 (60,2%) больных нефротуберкулезом. Каверны с гнойным содержимым или очищенные в виде гипо- и анэхогенного полостных образований в паренхиме почки выявлялись у большинства больных (64,2%). Каверны с фиброзным обызвествлением в виде гиперэхогенных полостных образований в паренхиме почки встречались в 2,6 раза реже (23,9%), чем каверны с гипо- и анэхогенными полостными образованиями. Стенки каверн были уплотнены у 110 (62,5%) и утолщены – у 96 (54,5%) больных. Нередко вокруг полостных образований наблюдались фиброзные изменения и деформации (65,9%). Наиболее часто полости распада характеризуются с неровными контурами (85,8%) и неправильной формой (63,6%). Сравнительный анализ ультрасонографических и рентгенологических исследований 344 больных нефротуберкулезом установил различия в диагностической ценности этих методов. Четкие ультрасонографические признаки нефротуберкулеза были установлены у 76,2% больных, рентгенологические – у 51,2% (табл. 1).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика лучевых методов исследования при изучении структурных изменений почек у больных с различными формами нефротуберкулеза. n (M±m%)

Методика	Число б-ных	Признаки заболевания		
		Четкие	сомнительные	Отсутствуют
Ультрасонография почек	344	261 (75,9±2,3)	38 (11,0±1,6)	45 (13,1±1,8)
1.1.Ограниченные формы НТ	70	32 (45,7±5,9)	16 (22,9±5,0)	22(31,4±5,5)
1.2.Распространенные формы	274	229 (83,6±2,2)	22 (8,0±1,6)	23 (8,4±1,6)
Экскреторная урография	344	176 (51,2±2,6)	77 (22,4±2,2)	91 (26,4±2,3)
2.1.Ограниченные формы НТ	70	53 (75,7±5,1)	12 (17,2±4,5)	5 (7,1±3,0)
2.2.Распространенные формы НТ	274	123 (44,9±3,0)	65 (23,7±2,6)	86 (31,4±2,8)

При ограниченных формах нефротуберкулеза четкие сонографические признаки определяли реже (45,7%), чем рентгенологические – 75,7%; а при распространенных формах нефротуберкулеза, наоборот, сонографические четкие признаки нефротуберкулеза выявляли чаще (83,6%), чем рентгенологических (44,9%). Это подтверждено материалами по характеристике лучевых методов исследования при различных формах нефротуберкулеза. При туберкулезном папиллите почки четкие ультрасонографические признаки заболевания встречались в 1,7 раза реже, чем рентгенологические (45,7% и 75,7% соответственно, P < 0,01); а у больных кавернозной формой нефротуберкулеза четкие сонографические признаки нефротуберкулеза выявлялись чаще(78,7%), чем рентгенологические(47,5%;P<0,01).При поликавернозных и фиброзно-кавернозных формах нефротуберкулеза четкие сонографические признаки встречались почти у всех (90,7%) больных, а четкие рентгенологические признаки - только у 1/3 больных (P<0,01). При туберкулезном нефроциррозе четкие сонографические признаки установлены также часто (90,5%). Наоборот, в этой группе больных, за счет «немой» почки и распространенности специфического процесса, рентгенологические четкие признаки заболевания выявлены лишь в 14,3% случаев. Аналогично при туберкулезном пионефрозе, четкие сонографические признаки заболевания встречались в 83,3% случаев. А рентгенологические четкие признаки нефротуберкулеза в этих группах больных не выявлены. Это объясняется отсутствием паренхимы почки, значительными морфологическими изменениями почки. У больных туберкулезом единственной почки, проведенный нами анализ показал отсутствие статистических различий в частоте четких сонографических и рентгенологических признаков заболевания. При туберкулезе единственной почки, часто



встречаются ограниченные формы нефротуберкулеза и выражены фиброзные изменения в паренхиме и чашечно-лоханочной системе. У больных с посттуберкулезным гидронефрозом четкие сонографические признаки заболевания установлены в 94,8% случаев, а рентгенологические четкие признаки встречались лишь в половине случаев.

Таким образом, четкие признаки нефротуберкулеза установлены на сонограммах почки у 261 (75,9%) больных, на экскреторных урограммах у 176 (51,2%). Ультрасонография почки при нефротуберкулезе обеспечивает получение дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса в почках. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Самое важное, что ультразвуковые исследования почек при нефротуберкулезе, можно применять при сниженной функциональной способности почек, когда рентгеноконтрастные методы исследования неинформативны, а также при непереносимости рентгеноконтрастного вещества пациентами и у беременных.

**Выводы:**

1. Ультрасонографические признаки нефротуберкулеза прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при нефротуберкулезе главные и вторичные ультрасонографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение экзогенности паренхимы почки).
2. Сравнительный анализ лучевых методов исследования при нефротуберкулезе показывает, что четкие признаки заболевания установлены при ультрасонографии почек в 76,2%; а при экскреторной урографии – в 51,2% случаев. При запущенных деструктивных формах нефротуберкулеза четкие ультрасонографические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические – (51,2%).
3. Ультрасонография почек является высокоинформативным методом выявления нефротуберкулеза, точность метода составляет 78,5%, специфичность – 89,7%.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Бартусевичене А.С. Рентгенодиагностика туберкулеза почек // Москва: Медицина, 1970.- 120 с.
2. Буйлов В.М. Экскреторная урография в современном алгоритме лучевой диагностики в урологии // Урология.- 2009.- №4.- С. 67-74.
3. Демидов В.Н., Пытель Ю.А., Амосов А.В. Ультразвуковая диагностика в уронефрологии.- М.: Медицина, 1989.- 112 с.
4. Жумашев Т.А. Клиническое значение ультразвукового исследования и компьютерной томографии почек в комплексе лучевых методов диагностики при нефротуберкулезе: Автореф. дис. ... канд.мед.наук.- Алматы, 1999.- 31 с.
5. В.Н. Журавлев, Д.Н. Голубев, Б.И. Новиков, С.Н. Скорняков, И.Д. Медвинский и др. Особенности выявления и тактика ведения больных туберкулезом мочеполовых органов // Урология.- 2012.- № 1.- С.11-15.
6. И.С. Камышан. Оценка современных методов диагностики туберкулеза почек // Урология.-2006.- №4. – С. 57-61.
7. Капустин С.В., Пиманов С.Н. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря, мочеточников и почек // Белмедкнига.- Китебск, 1998.- 128 с.
8. Касымова Б.М., Адамзатов Ж.Р., Терликбаева А.Т., Касымова Г.М., Абдушкурова Г.Ф. К ультразвуковой диагностике туберкулеза почек // Фтизиопульмонология. – 2002. - №2. – С.50 – 52.
9. Кульчавеня Е.В., Д.П. Холтобин. Дифференциальная диагностика туберкулеза мочеполовой системы // Туберк. и болезн. легких.- 2013.- № 7.- С. 3-8.
10. Ольховская Б.Б. Почечная недостаточность у детей: эхографические аспекты // Урология.- 1999.- № 6.- С.43-45.
11. Пытель Ю.А., Золотарев И.Н. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей.- М.: Медицина, 1987.- 256 с.
12. Панина И.Г. Ультразвуковой метод исследования в диагностике патологии почек // Тер.архив.- 1997.- № 8.- С.32-37.
13. Рашидов З.Р., Фазылов А.А., Убайдуллаев А.М. Фармакоэхография в диагностике нефротуберкулеза // Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане: Сб.науч.тр.- Т., 1997.- С.70-74.
14. Соколов В.А., Карташов И.В., Пивень А.И. Комплексная лучевая диагностика туберкулеза почек // Пробл.туберкулеза.- 2001.- № 2.- С.28-29.

15. Туберкулез мочеполовой системы / Под ред. Т.П. Мочаловой. – М., 1993.
16. Убайдуллаев А.М., Рашидов З.Р. Ультразвуковая оценка нарушений внутрипочечной гемодинамики у больных туберкулезом почек // Пробл. туб. – 2006. - №6. – С. 31-35.
17. Grange J.M., Laszlo A. Серодиагностические тесты на туберкулез: потребность в оценке их практической прогностической точности и приемлемости // Бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1990. – Т. 68, №5. – С. 16-21.

## ТҮЙІН

**М.А.Хакимов** – Өзбекстан Республикасы, Ташкент қ., Республикалық специализациялық ғылыми-тәжірибелік фтизиатрия және пульмонология медициналық орталығының фтизиоурология бөлімшесінің жоғары ғылыми қызметшісі

**М.Н.Тилляшайхов** - Өзбекстан Республикасы, Ташкент қ., Республикалық специализациялық ғылыми-тәжірибелік фтизиатрия және пульмонология медициналық орталығының директоры.

**С.В.Хажитаев** - Өзбекстан Республикасы, Ташкент қ., Ташкент Педиатриялық медициналық институты, фтизиатрия кафедрасының ассистенті

**О.А.Хайталиев** - Өзбекстан Республикасы, Ташкент қ., Ташкент Педиатриялық медициналық институты, фтизиатрия кафедрасының магистрі. [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ УЛЬТРОСОНОГРАФИЯ

Нефротуберкулезді анықтаудың ультросонографиялық семиотикасын жүйелендіру үшін кешенді зерттеуге 344 науқас алынған. Зерттеу қорытындылары клинико-лабораторлы, рентгенологиялық, радионуклидті және патоморфологиялық көрсеткіштерге негізделіп жасалған. Нефротуберкулездің нақты белгілері 75,9% науқастарда бүйрек сонограммасында, 51,2 % экскреторлы урограммада анықталған. Ал нефротуберкулездің соңғы деструктивті формалары жиі ультросонографияда анықталған – (86,8%), рентгенографиялық – (51,2%). Бүйрек ультросонографиясы нефротуберкулезді анықтаудың жоғары информативті әдісі болып табылады, әдістің нақтылығы 78,5%, арнайылығы – 89,7%.

**Кілт сөздер:** нефротуберкулез, ультросонография, рентгенография, экскреторлы урография.

## SUMMARY

**M.A.Khakimov** - the senior research assistant of department of phthiourology the Republican specialised scientifically-practical Medical centre of phthiophysiology and pulmonology, M.N.Tillyashayhov- the director of the Republican specialised scientifically-practical Medical centre of phthiophysiology and pulmonology,

**S.V.Hajitayev** - the assistant to chair of phthiophysiology of the Tashkent Pediatric medical institute, O.A.Khaytaliyev - the master of chair of phthiophysiology of the Tashkent Pediatric medical institute, Tashkent, Republic Uzbekistan, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## ULTRASONOGRAPHY AT TUBERCULOSIS

For the systemization ultrasonographic of nephrotuberculosis revealing semiotics of nephrotuberculosis, is subjected complex inspection of 344 patients. Results of research are verified on the basis of clinic-laboratory, radiological, radionuclid and pathomorphologic the data. Accurate signs of tuberculosis are established on sonogram of kidneys at 75,9 % of patients, on excretor urograms at 51,2 %. The comparative analysis of beam methods of research at nephrotuberculosis shows that accurate signs of disease are established at ultrasonograph kidneys in 76,2 %; and at excretor urography – in 51,2 % of cases. At the started destructive forms of nephrotuberculosis accurate ultrasonographic signs come to light more often (86,8 %), than radiological – (51,2 %). Ultrasonography of kidneys is high informative a revealing method of nephrotuberculosis, accuracy of a method makes 78,5 %, specificity – 89,7 %.

**Key words:** nephrotuberculosis, ultrasonography, rentgenography, excretor urogramm

**М.А. Хакимов** - старший научный сотрудник отделения фтизиоурологии Республиканского специализированного научно-практического Медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент, Республика Узбекистан, fatima2263@mail.ru

## ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА

### АННОТАЦИЯ

Обследовано 237 больных нефротуберкулезом с носительством разных сочетаний генетических маркеров. Установлено, что больных с неблагоприятными и относительно неблагоприятными сочетаниями генетических маркеров, распространенных форм нефротуберкулеза выявили в 5,2 и 6,2 раза чаще ( $86,2 \pm 6,4\%$ ;  $83,8 \pm 3,5\%$ ), чем ограниченные формы нефротуберкулеза. У больных с благоприятными и относительно благоприятными сочетаниями генетических маркеров, распространенных форм нефротуберкулеза наблюдали в 1,4 раза чаще, чем ограниченные формы нефротуберкулеза. Доказано, что биохимические показатели - уровень мочевины и креатинина в крови повышены у больных с неблагоприятными сочетаниями генетических маркеров.

**Ключевые слова:** нефротуберкулез, генетические маркеры, прогноз.

В последние годы большое внимание уделяется изучению взаимосвязи туберкулеза с генетическими маркерами. Ряд авторов изучили различных генетически детерминированных факторов, в том числе фенотипов гаптоглобина (Hr), активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (ГФДГ), инактивации гидразид изоникотиновой кислоты (ГИНК) с возникновением и течением туберкулеза легких. При этом найдены сочетания генетических маркеров, которые чаще встречаются в группе больных туберкулезом легких с тяжелым течением заболевания, названные неблагоприятными сочетаниями, и благоприятные сочетания, которые чаще встречаются при легком течении туберкулезного процесса. При статистической обработке результатов определения сочетания генетических маркеров у больных туберкулезом легких, Казаков К.С. с соавторами (1999) установили 24 комбинации фенотипа Hr, типа инактивации ГИНК и активности эритроцитарного фермента ГФДГ. В основном они выделили 4 сочетания генетических маркеров: неблагоприятное, благоприятное, относительно неблагоприятное и относительно благоприятное. Определение генетических маркеров и особенностей распределения ее комбинаций у больных туберкулезом перспективно в отношении прогнозирования характера течения, эффективности лечения этого заболевания. Подобных исследований при нефротуберкулезе, в доступной нам литературе мы не нашли.

**Цель** настоящего исследования – выяснить клинико-лабораторные особенности течения нефротуберкулеза в современных условиях у лиц с различными сочетаниями генетических маркеров.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 237 больных нефротуберкулезом с носительством разных сочетаний генетических маркеров. Среди обследованных больных у 64 (27,0%) установлены ограниченные формы НТ, у 173 (73,0%) - распространенные формы НТ. Мужчин было 118, женщин 119 (49,8% и 50,2% соответственно), то есть примерно одинаково.

Особенности течения и распространения туберкулезных процессов, несомненно, связано с вариациями реактивности, зависящих от генетического фона. У обследованных больных мы рассмотрели 4 варианта сочетаний генетических маркеров (К.С.Казаков с соавт., 1999, 2000). Подобных исследований при нефротуберкулезе в литературе мы не встретили. С целью выявления разных сочетаний генетических маркеров определяли фенотипы гаптоглобина (Hr) методом диск электрофореза в полиакриламидном геле по Н.А.Осиной (1982); активность эритроцитарной глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (ГФДГ) методом А.С.Асатиани (1969); типа инактивации гидразид изоникотиновой кислоты (ГИНК) методом Г.Н.Гребенника в модификации Г.О.Каминской (1996).

По комбинациям комплекса этих генетических маркеров определяли по К.С.Казакову с соавт., (1999) 4 сочетания генетических маркеров: 1. Неблагоприятное – комбинация гомозиготных фенотипов Hr 2-2 или Hr 1-1+ слабый тип инактивации ГИНК+ пониженная активность эритроцитарной ГФДГ; 2. Благоприятное – комбинация гетерозиготного фенотипа Hr 2-1+ сильный тип инактивации ГИНК+ нормальная или повышенная активность эритроцитарной ГФДГ; 3. Относительно неблагоприятное – сочетание двух неблагоприятных и одного благоприятного генетического маркера; 4. Относительно благоприятное – сочетание двух благоприятных и одного неблагоприятного генетического маркера. Было изучено характер носительства изученных генетических маркеров у 237 больных с различными формами нефротуберкулеза. Функциональное состояние почек мы изучали по данным концентрации в крови креатинина, мочевины и клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину. Среди наблюдаемых нами больных, ХПН была выявлена у 131 (55,3%). Из них наиболее часто наблюдается компенсированная стадия ХПН (71,0%), несколько реже встречается латентная (19,1%) и интермиттирующая (9,9%) стадии ХПН. Были изучены частота различных стадий ХПН у больных нефротуберкулезом с разными СГМ.

**Результаты и обсуждение.** При изучении характера носительство изученных генетических маркеров обнаружили разницу в частоте встречаемости различных форм нефротуберкулеза. Так, у больных с неблагоприятными и относительно неблагоприятными СГМ, распространенных форм нефротуберкулеза выявили в 5,2 и 6,2 раза чаще ( $86,2 \pm 6,4\%$ ;  $83,8 \pm 3,5\%$ ), чем ограниченные формы нефротуберкулеза ( $13,8 \pm 6,4\%$ ;  $16,2 \pm 3,5\%$ ,  $P < 0,001$ ). У больных с благоприятными и относительно благоприятными СГМ, распространенных форм нефротуберкулеза наблюдали в 1,4 раза чаще ( $57,9 \pm 42,1\%$ , чем ограниченные формы нефротуберкулеза ( $58,3 \pm 41,7\%$ ;  $P > 0,2$ ;  $P < 0,05$ ). Итак, у больных с неблагоприятными и относительно неблагоприятными СГМ преобладают лица с распространенными формами нефротуберкулеза.

**Таблица 1 - Частота различных форм нефротуберкулеза у больных с разными сочетаниями генетических маркеров. n (%)**

Разные сочетания генетических маркеров.	Число больных.	Формы нефротуберкулеза.	
		Ограниченные	Распространенные
Неблагоприятные	29	4( $13,8 \pm 6,4$ )	25( $86,2 \pm 6,4$ )*
Благоприятные	19	8( $42,1 \pm 11,3$ )	11( $57,9 \pm 11,3$ )
Относительно неблагоприятные	105	17( $16,2 \pm 3,5$ )	88( $83,8 \pm 3,5$ )*
Относительно благоприятные	84	35( $41,7 \pm 5,3$ )	49( $58,3 \pm 5,3$ )*

Примечание: \* - Достоверность различий ( $P < 0,001$ ;  $P < 0,05$ ) между ограниченными и распространенными формами нефротуберкулеза.

Выявление функциональных расстройств почек в ранней стадии поможет при адекватном своевременном лечении, отодвинуть сроки наступления тяжелой почечной недостаточности. Функциональное состояние почек мы изучали по данным концентрации в крови креатинина, мочевины и клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину. Результаты функционального исследования почек у больных нефротуберкулезом с разными СГМ представлены в таблице 2. Приведенные данные свидетельствуют, что показатели функционального состояния почек у больных с неблагоприятными и благоприятными СГМ отличаются. Уровень мочевины в крови в 2 раза ( $10,4$  и  $5,3$  ммоль/л, соответственно,  $P < 0,001$ ), креатинина в крови в 1,5 раза ( $148,5$  и  $96,3$  мкмоль/л, соответственно,  $P < 0,001$ ) повышена у больных с неблагоприятными СГМ, чем у лиц с благоприятными СГМ. Клубочковая фильтрация у больных с неблагоприятными СГМ была в 1,7 раза снижена по сравнению с лицами благоприятными СГМ ( $78,2$  и  $130,8$  мл/мин, соответственно,  $P < 0,001$ ).

**Таблица 2 - Характеристика функции почек у больных нефротуберкулезом с разными генетическими маркерами**

Сочетания генетических маркеров	Число больных	Показатели функции почек		
		Мочевина крови, ммоль/л	креатинин крови, мкмоль/л.	Клубочковая фильтрация мл/мин.
Неблагоприятные	29	$10,4 \pm 0,76^*$	$148,5 \pm 9,7^*$	$78,2 \pm 4,9^*$
Благоприятные	19	$5,3 \pm 0,31$	$96,3 \pm 7,0$	$130,8 \pm 11,3$
Относительно неблагоприятные	105	$7,3 \pm 0,26^{**}$	$109,6 \pm 4,4$	$95,9 \pm 3,8$
Относительно благоприятные	84	$5,4 \pm 0,17$	$99,0 \pm 3,5$	$107,0 \pm 4,1$
Здоровые		$5,4 \pm 0,4$	$106,1 \pm 0,8$	$112,4 \pm 3,4$

Примечание: 1.\*-достоверность различий ( $P < 0,001$ ) между благоприятными и неблагоприятными СГМ.

2.\*\*-достоверность различий ( $P < 0,001$ ;  $P < 0,05$ ) между относительно неблагоприятными и относительно благоприятными СГМ.

При сопоставлении средних величин содержания креатинина в крови и клубочковой фильтрации у больных с относительно неблагоприятными и относительно благоприятными СГМ практически не отличается ( $109,6$  и  $99,0$  мкмоль/л. и  $95,9$  и  $112,4$  мл/мин, соответственно,  $P > 0,5$ ). Несмотря на это, мочевина в крови в 1,4 раза была повышена у больных с относительно неблагоприятными СГМ, чем у лиц с относительно благоприятными СГМ ( $7,3$  и  $5,4$  ммоль/л, соответственно,  $P < 0,001$ )

**Выводы.** Таким образом, данные исследования функционального состояния почек при нефротуберкулезе указывают, что у больных с неблагоприятными и относительно неблагоприятными СГМ функция почек страдает в наибольшей степени, чем у лиц с благоприятными и относительно благоприятными СГМ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани В.С. Новое в фотометрии. – М., 1969.
2. Каминская Г.О., Калеберда К.Я., Ходжаева Р.А. Определение ГИНК по методу Г.Н.Гребенника в модификации Г.О.Каминской // Пробл. туберкулеза. - 1996. - № 2. - С.50.
3. Комплекс генетических показателей в прогнозировании лекарственных осложнений при химиотерапии туберкулеза. /К.С.Казаков, А.М.Убайдуллаев, Ф.К.Ташпулатова и др. // Метод.рекоменд.- Ташкент, 1999.
4. Кривцова М.А., Агзамов Р.А., Кадырова Р.А. Распространенные и осложненные формы нефротуберкулеза //Ташкент: Медицина, 1985.- 134 с.
5. Неймарк А.И., Яковец Я.В., Никитина С.А. Энтеросорбция в лечении хронической почечной недостаточности у больных нефротуберкулезом // Пробл. туберкулеза.-1991.- № 4.- С.49-51.
6. Нерсисян А.А., Меркурьева Я.А., Корнилова З.Х. Клиника, диагностика и лечение мочевого туберкулеза // Пробл. туб. – 2006. - №9. – С.5-7. 7. Осина Н.А. // Лаб. Дело. – 1982. - №8. – С. 463-466.
7. Павлова М.В., Скворцова Л.А., Кондакова М.Н., Ковалева Р.Г. Роль комплексного генетического прогноза в лечении и профилактике туберкулеза органов дыхания у подростков // Пробл.туб. – 2005. - №11. – С. 30-34.
8. Пятаева Э.В., Черник М.Б., Наганова Г.Т. Ассоциация генетических маркеров с состоянием реактивности и особенностями течения внутригрудного туберкулеза у детей // Актуальные вопросы фтизиатрии и пульмонологии в Узбекистане: Сб.науч.тр.- Т., 1998.- С.21-24.
9. Хакимов М.А., Ташпулатова Ф.К. // Ферментодиагностика поражений почек у больных туберкулезом легких с разным генетическим фоном. Материалы международной научно-практической конференции «Медицинская наука: достижения и перспективы» - Москва. ООО «МИАМЕД» – 2014. – С.265-269.
10. Ташпулатова Ф.К. Профилактика побочных реакций противотуберкулезных препаратов при туберкулезе легких у больных с различным генетическим фоном // Пробл.туб.- 2003.- № 6.- С.17-20.
11. Ташпулатова Ф.К. дифференцированный подход к оптимизации комплексного лечения деструктивного туберкулеза легких // Материалы IX съезда фтизиатров России. – Туберкулез и болезни легких. – 2011. - №5. – С.183-184.
12. Тилляшайхов М.Н., Хакимов М.А., Ташпулатова Ф.К., Алиджанов С.К. Поражения почек и печени при туберкулезе // Т.: Ўз.Р. КО'НИ-NUR Фан. 2014.- 288с. Черник Р.Б., Казаков К.С., Пятаева Э.В. Значение определения генетических маркеров в прогнозе тяжести течения внутригрудного туберкулеза у детей // Материалы 5 съезда фтизиатров и пульмологов Узбекистана. - Т., 2000.- С.84-87.

#### ТҮЙІН

**М.А. Хакимов** - Ўзбекистан Республикасы, Ташкент қаласы, Ғылыми-тәжірибелік медициналық орталығының фтизиатры және пульмонологы, fatima2263@mail.ru

#### НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІНІҢ ГЕНЕТИКАЛЫҚ МАРКЕРЛЕРІ

Нефротуберкулезбен ауыратын 237 науқастар әр түрлі генетикалық маркерлермен зерттелді. Болжамы қолайсыз және салыстырмалы генетикалық маркерлардың үйлесімсіздігі нефротуберкулезбен 5,2 және 6,2 (86,2±6,4%; 83,8±3,5%) туберкулездің шектелген формасына қарағанда жиі ауырады. Науқастарда болжамы қолайлы және генетикалық маркерлердің үйлесімділігі кезінде нефротуберкулезбен 1,4, ал шектелген нефротуберкулезге қарағанда жиі ауырады. Болжамы қолайсыз генетикалық маркерлері биохимиялық анализдерінде мочевиная және креатинин деңгейі жоғары.

**Кілт сөздер:** нефротуберкулез, генетикалық маркерлер, генетикалық маркерлердің сәйкестік болжамы.

#### SUMMARY

**M.A.Khakimov** - the senior research assistant of department phthiourology the Republican specialised scientifically-practical Medical centre of phthiourology and pulmonology, Tashkent, Republic Uzbekistan, fatima2263@mail.ru



## GENETIC MARKERS IN THE FORECAST of WEIGHT of CURRENT NEPHROTUBERCULOSIS

237 patients with nephrotuberculosis with carrier state different combinations of genetic markers are surveyed. It is established that patients with adverse and rather adverse combinations of genetic markers, widespread forms of nephrotuberculosis have revealed in 5,2 and 6,2 times more often ( $86,2 \pm 6,4$  %;  $83,8 \pm 3,5$  %), than the limited forms of nephrotuberculosis. At patients with favorable and rather favorable combinations of genetic markers, widespread forms of nephrotuberculosis observed in 1,4 times more often, than the limited forms of nephrotuberculosis. It is proved that biochemical indicators - level of urea and creatinin in blood are raised at patients with adverse combinations of genetic markers.

Key words: nephrotuberculosis, genetic markers, the forecast of a combination of genetic markers.

**О.А. Хайталиев** - магистр кафедры фтизиатрии Ташкентского Педиатрического медицинского института, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

**М.А. Хакимов** - старший научный сотрудник Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии г. Ташкент, Узбекистан, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗЕ

### АННОТАЦИЯ

Для систематизации эхографической семиотики, а также эхотомографических критериев выявления нефротуберкулеза, комплексному обследованию подвергнуты 344 больных. Ультразвуковые признаки нефротуберкулеза прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при нефротуберкулезе главные и вторичные ультразвуковые признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение эхогенности паренхимы почки).

**Ключевые слова:** нефротуберкулез, диагностика, эхография, почки.

Несмотря на достижения современной медицины, до 80% случаев нефротуберкулез диагностируют в поздних и запущенных стадиях (Нерсесян А.А. с соавт., 2010). Информативность того или иного метода лучевой диагностики нефротуберкулеза зависит от локализации, характера и выраженности деструктивного процесса. Характерные для нефротуберкулеза признаки наблюдаются, как правило, при его далеко зашедших формах и представлены кавернозными образованиями и различными вариантами кальцификации (Камышан И.С., 2006; Нерсесян А.А. с соавт., 2007; Benčekroun A. et al., 1998). Данные литературы по ультрасонографическому исследованию почек при различных формах нефротуберкулеза противоречивы. До сих пор не определена ультрасонографическая семиотика нефротуберкулеза, не разработаны ультрасонографические дифференциально-диагностические признаки поражения почек (Журавлев В.Н. с соавт., 2002; Рахматуллин Р.Р. с соавт., 2007).

Проанализированы данные стандартного лучевого обследования, включающего экскреторную урографию и ультрасонографию, 344 больных нефротуберкулезом. Результаты исследования верифицированы на основании клинико-лабораторных, рентгенологических, радионуклидных и патоморфологических данных. Ультрасонографию почек проводили на аппарате «Интерскан-250» (Германия), работающем в реальном времени с использованием линейных и секторальных датчиков частотой 3,5-5,0 МГц.

Для систематизации эхографической семиотики, а также эхографических критериев выявления НТ, комплексному обследованию подвергнуты 344 больных. Эхографическая семиотика различных форм НТ, изучена нами по предложенной А.М.Дусмурадовым (1993) классификации патологических изменений органов и внеорганных анатомических структур забрюшинного пространства по эхографическому отображению. Различные формы НТ, на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности и зависела, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений.

Различные формы НТ, на эхограммах характеризовались очаговыми и органными признаками различной выраженности, и зависела, прежде всего, от глубины наступивших патоморфологических изменений. Согласно нашим наблюдениям, увеличение размеров почки при различных формах НТ выявлялись в 41,8% случаев. Напротив, уменьшение размеров почки, связанные с фиброзными изменениями почки отмечено в 2 раза реже (19,5%). В 75,9% при НТ наблюдалась неровность контуров почки, что связано с деструктивными изменениями паренхимы почки. Довольно часто у больных НТ отмечались поражения чашечно-лоханочного комплекса: деформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) у 79,1%; уплотнение ее – у 67,2% и склерозирование ЧЛС – у 63,1%. Также была изучена экзогенность паренхимы почек при различных формах НТ. Это проводилось, согласно разработанным критериям для пациентов с ХПН (Ольховская Е.Б., 1999).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика лучевых методов исследования при изучении структурных изменений почек у больных различными формами нефротуберкулеза. n (M±m%)

Методика	Число больных	Признаки заболевания		
		четкие	сомнительные	отсутствуют
Эхография почек	344	261 (75,9±2,3)	38 (11,0±1,6)	45 (13,1±1,8)
1.1. Ограниченные формы НТ	70	32 (45,7±5,9)	16 (22,9±5,0)	22 (31,4±5,5)
1.2. Распространенные формы НТ	274	229 (83,6±2,2)	22 (8,0±1,6)	23 (8,4±1,6)
Экскреторная урография	344	176 (51,2±2,6)	77 (22,4±2,2)	91 (26,4±2,3)
2.1. Ограниченные формы НТ	70	53 (75,7±5,1)	12 (17,2±4,5)	5 (7,1±3,0)
2.2. Распространенные формы НТ	274	123 (44,9±3,0)	65 (23,7±2,6)	86 (31,4±2,8)

**Обсуждение.** Среди обследуемых больных НТ, у половины были выявлены различного характера полостные образования в паренхиме почки (каверны). Одно полостное образование наблюдалось у 70 (39,8%), более одного полостное образования – у 106 (60,2%) больных нефротуберкулезом. Каверны с гнойным содержимым или очищенные в виде гипо- и анэхогенного полостных образований в паренхиме почки выявлялись у большинства больных (64,2%). Каверны с фиброзным обызвествлением в виде гиперэхогенных полостных образований в паренхиме почки встречались в 2,6 раза реже (23,9%), чем каверны с гипо- и анэхогенными полостными образованиями. Стенки каверн были уплотнены у 110 (62,5%) и утолщены – у 96 (54,5%) больных. Нередко вокруг полостных образований наблюдались фиброзные изменения и деформации (65,9%). Наиболее часто полости распада характеризуются с неровными контурами (85,8%) и неправильной формой (63,6%).

Сравнительный анализ эхографических и рентгенологических исследований 344 больных НТ установил различия в диагностической ценности этих методов. Четкие эхографические признаки НТ были установлены у 76,2% больных, рентгенологические – у 51,2% (табл. 1).

При ограниченных формах НТ четких эхографических признаков определяли реже (45,7%), чем рентгенологических – 75,7%; а при распространенных формах НТ, наоборот, эхографических четких признаков НТ выявляли чаще (83,6%), чем рентгенологических (44,9%). Это подтверждено материалами по характеристике лучевых методов исследования при различных формах НТ. При туберкулезном папиллите почки четкие эхографические признаки заболевания встречались в 1,7 раза реже, чем рентгенологические (45,7% и 75,7% соответственно, P < 0,01); а у больных кавернозной формой НТ четкие эхографические признаки НТ выявлялись чаще (78,7%), чем рентгенологические (47,5%; P < 0,01). При поликавернозных и фибрино-кавернозных формах НТ четкие эхографические признаки встречались почти у всех (90,7%) больных, а четкие рентгенологические признаки - только у 1/3 больных (P < 0,01).

При туберкулезном нефроциррозе четкие эхографические признаки установлены также часто (90,5%). Наоборот, в этой группе больных, за счет «немой» почки и распространенности специфического процесса, рентгенологические четкие признаки заболевания выявляли лишь в 14,3% случаев. Аналогично при туберкулезном пионефрозе, четкие эхографические признаки заболевания встречались в 83,3% случаев. А рентгенологические четкие признаки НТ в этих группах больных не выявлены. Это объясняется отсутствием паренхимы почки, значительными морфологическими изменениями почки. У больных туберкулезом единственной почки, проведенный нами анализ показал отсутствие статистических различий в частоте четких эхографических и рентгенологических признаков заболевания. При туберкулезе единственной почки, часто встречаются ограниченные формы НТ и выражены фиброзные изменения в паренхиме и ЧЛС. У больных с посттуберкулезным гидронефрозом четкие эхографические признаки заболевания установлены в 94,8% случаев, а рентгенологические четкие признаки встречались лишь в половине случаев.

Таким образом, четкие признаки НТ установлены на эхограммах почки у 261 (75,9%), на экскреторных урограммах - у 176 (51,2%) больных. Эхография почки при НТ обеспечивает получение

дополнительной информации о характере и распространенности специфического процесса в почках. Ценность этого метода заключается в возможности многовариантного его использования не только в целях диагностики, но и для контроля в процессе лечения и в послеоперационном периоде. Самое важное, что ультразвуковые исследования почек при НТ, можно применять при сниженной функциональной способности почек, когда рентген контрастные методы исследования неинформативны, а также при непереносимости рентген контрастного вещества пациентами и у беременных.

#### **Выводы.**

1. Ведущими методами выявления больных НТ среди групп риска в настоящее время является рентгенологические и сонографические методы, которые позволяют выявлять 60,5% и 55,7% больных. Выявление лучевых признаков заболевания в группах риска зависит от форм НТ. У больных с ограниченными формами НТ наиболее информативным является рентгенологический метод исследования, у больных с распространенными формами НТ – ультрасонографический метод исследования.

2. В условиях современного патоморфоза туберкулеза клиничко-лабораторная и рентгеноэхографическая семиотика при различных формах НТ характеризуется неоднозначными по частоте и степени выраженности проявлениями субъективных, объективных мочевых симптомов и структурными изменениями в почках, что позволяет использовать комплексный подход к диагностике и дифференциальной диагностике НТ.

3. Эхографические признаки НТ прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Выявлены при НТ главные и вторичные эхографические признаки. Главные признаки характеризуют сам туберкулез («петрификаты» в паренхиме; полостные образования в паренхиме неправильной формы с утолщенными, уплотненными стенками и неровными контурами), вторичные – обусловлены изменениями вокруг специфического очага (изменение размеров почки, деформация, склероз, уплотнение и расширение чашечно-лоханочной системы; повышение и/или снижение эхогенности паренхимы почки).

4. Сравнительный анализ лучевых методов исследования при НТ показывает, что четкие признаки заболевания установлены при эхографии почек в 76,2%; а при экскреторной урографии – в 51,2% случаев. При запущенных деструктивных формах НТ четкие эхографические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические – (51,2%).

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Журавлев В.Н., Новиков Б.И. Комплексная лучевая и лабораторная диагностика туберкулеза мочевых и мужских половых органов // Сб. тр. Юбил. Науч.-практ. конф. С междунар. Участием. – Томск, 28-29 января 2002 г. – С. 116.

2. Камышан И.С. Оценка современных методов диагностики туберкулеза почек // Урология. – 2006. - №4. – С. 57-61.

3. Нерсисян А.А., Я.А. Меркурьева, Р.Зюзя,Ф.А.Батыров//Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике туберкулеза органов мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007. – С. 328-329.

4. Нерсисян А.А., Зюзя Ю.Р., Меркурьева Я.А., Конышев А.В., Флигиль Д.М., Батыров Ф.А.. Комплексная диагностика туберкулеза мочевого пузыря с применением иммуногистохимического метода исследования // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2010. – № 7. – С. 58-62.

5. Рахматуллин Р.Р., А.Т. Сигаев, Ф.А. Батыров// Применение нефросцинтиграфии для исследования функционального состояния почек у больных туберкулезом мочевой системы. Мат. VIII Российского съезда фтизиатров. 2007. – С. 332-333.

6. Ольховская Б.Б. Почечная недостаточность у детей: эхографические аспекты // Урология. - 1999. - № 6. - С.43-45.

7. Benckroun A., Lachkar A., Soumana A et al. Urogenital tuberculosis. 80 cases // Ann Urol (Paris). – 1998. – Vol. 32, № 2. – P. 89-94.

**Транслитерация ссылок (<http://www.rusски-mat.net/trans2.html>)**

#### **Referense:**

1.Zhuravlev V.N., Novikov B.I. Kompleksnaya lucheovaya i laboratornaya diagnostika tuberkuleza mochevykh i muzhskikh polovykh organov // Sb. tr. Yubil. Nauch.-prakt. konf. S mezhdunar. Uchastiyem. – Tomsk, 28-29 yanvarya 2002 g. – S. 116.

2.Kamyshan I.S. Otsenka sovremennykh metodov diagnostiki tuberkuleza pochek // Urologiya. – 2006. - №4. – S. 57-61.

3.Nersesyan A.A., Ya.A. Merkuryeva, ,R. Zyuzya i F.A. Batyrov// Multispiralnaya kompyuternaya tomografiya v diagnostike tuberkuleza organov mochevoy sistemy. Mat. VIII Rossyskogo syezda ftiziatrov. 2007. – S. 328-329.

4.Nersesyan A.A., Zyuzya Yu.R., Merkurjeva Ya.A., Konyshev A.V., Fligil D.M., Batyrov F.A.. Kompleksnaya diagnostika tuberkuleza mochevogo puzyrya s primeneniye immunogistokhimicheskogo metoda issledovaniya // Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. – 2010. – № 7. – S. 58-62.

5.Rakhmatullin R.R., A.T. Sigayev, F.A. Batyrov // Primeneniye nefrostsintigrafii dlya issledovaniya funktsionalnogo sostoyaniya pochek u bolnykh tuberkulezom mochevoy sistemy. Mat. VIII Rossyskogo syezda fiziatrov. 2007. – S. 332-333.

6.Olkhovskaya B.B. Pochechnaya nedostatochnost u detey: ekhograficheskiye aspekty // Urologiya.- 1999.- № 6.- S.43-45.

7.Benchekroun A., Lachkar A., Soumana A et al. Urogenital tuberculosis. 80 cases // Ann Urol (Paris). – 1998. – Vol. 32, № 2. – P. 89-94.

## ТҮЙІН

**О.А. Хайталиев** -Ташкент педиатриялық медициналық орталық институтының фтизиатрия кафедрасының магистрі.

**М.А.Хакимов** - Өзбекстан Республикасы Ташкент қаласының ғылыми-тәжірибелік арнайыландырылған медициналық орталығының жоғарғы ғылым қызметкері, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ БҮЙРЕКТІҢ ЗАҚЫМДАНУ ЭХОКАРДИОГРАФИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Эхографиялық семиотика жүйесі және эхотомографиялық нефротуберкулездің анықталуы. Жүйелі тексеріс кезінде 344 науқас анықталды. Ультра дыбыстық зерттеу кезінде нефротуберкулездің көріністері тікелей патоморфологиялық өзгерістеріне байланысты. Нефротуберкулез кезінде алғашқы және екіншілік ультрадыбыстық көріністері бар. Алғашқы көріністері («пертификат»; паренхимада; паренхиманың дұрыс емес формада қалыңдауы, қабырғаларының тығыздалуы және контуралары дұрыс емес), екіншілік- ол спецификалық ошақтың өзгерістеріне негізделген (бүйректің өлшемінің өзгеруі, деформация, склероз түбекше және тостағанша жүйесінің кеңеюі және тығыздалуы. Бүйрек паренхимасының эхогенділігінің жоғарылауы немесе төмендеуі.

Кілт сөздер: нефротуберкулез, диагностика,эхография,бүйрек.

## RESUME

**Khaytaliyev O.A.** – magister of phthysiology department of Tashkent Pediatrical Medical Institute, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

**Khakimov M.A.** – the senior research assistant of department phthysiology the Republican specialised scientifically-practical Medical centre of phthysiology and pulmonology, Tashkent, Republic Uzbekistan, [fatima2263@mail.ru](mailto:fatima2263@mail.ru)

## ECHOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF DEMEGE OF KIDNEYS AT NEPHROTUBERCULOSIS

For systematization of ultrasound echo semiotics, also echo tomographic indexes for revealing nephrotuberculosis, to complex examination joint 344 patients. Ultrasound signs in the nephrotuberculosis depend of deepness pathomorfological changes. Ultrasound signs revealed, main and secondary in the nephrotuberculosis. Main signs characterized by tuberculosis («Petrificates» in the parenchyma; cavity formation in the parenchyma incorrect form with thickening, thickened walls and uneven contours), secondary signs characterized by changing around the specific focus (changes sizes of kidneys, deformation, sclerosis, thickened and dilation, increasing and/or decreasing echogenisity of kidney parenchyma).

*Keywords: nephrotuberculosis, diagnostics, echography, kidneys*

**Б.С. Сагимбеков** - к.м.н., областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**И.Р. Кудайбергенов** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**Ч.Ж. Косыбаева** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**М.А. Сейтханов** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

## РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОГРАММЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### АННОТАЦИЯ

Целью нашего исследования являлось изучение работы противотуберкулезной службы области по пунктам выполнения Комплексного плана и методы ее улучшения. Выводы. Для улучшения работы противотуберкулезной службы области необходимо поэтапное изменение организационно-правовой формы противотуберкулезных организаций (ПТО) гражданского сектора с переводом на права хозяйственного ведения (ПХВ) в 2016г. Согласно Комплексному плану для улучшения финансирования противотуберкулезной службы области, необходимо недопущение секвестрирования финансовых средств, предусмотренных на противотуберкулезные мероприятия. Перераспределение высвобождающихся финансовых средств за счет оптимизации коечного фонда ПТО на укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, приобретение реагентов для лабораторной диагностики туберкулеза, а также психосоциальную поддержку больных на амбулаторном этапе лечения. Необходимо привлечение неправительственных организаций (НПО) в реализацию противотуберкулезных мероприятий в области и усиление преемственности между гражданским и пенитенциарными системами.

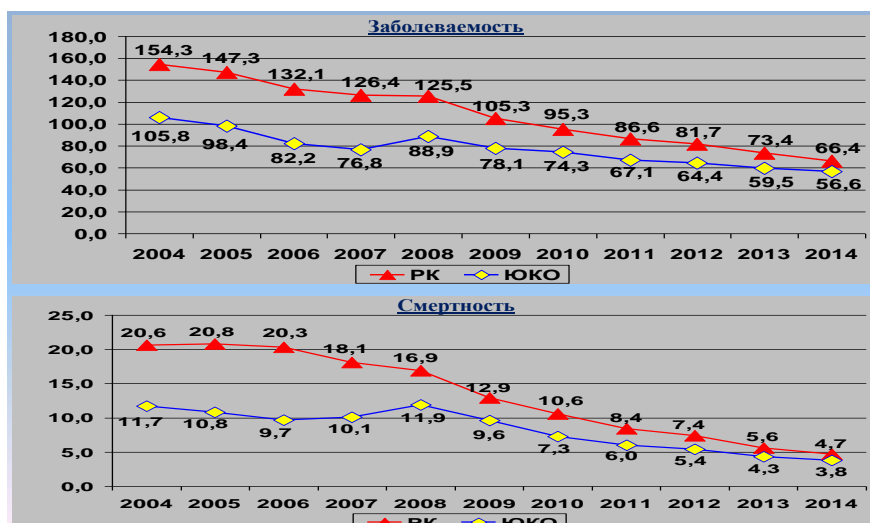
**Ключевые слова:** комплексный план, заболеваемость, реструктуризация, эпидемиологический статус, непосредственно-контролируемое лечение (НКЛ).

Благодаря эффективности проводимых государственных программ реформирования и развития здравоохранения РК, отмечается стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу и стойкая тенденция к снижению туберкулеза как в стране, так и в Южно-Казахстанской области.

Методы и материалы. Основу исследования составил анализ статистических данных по туберкулезу по ЮКО за период с 2004-2014 гг.

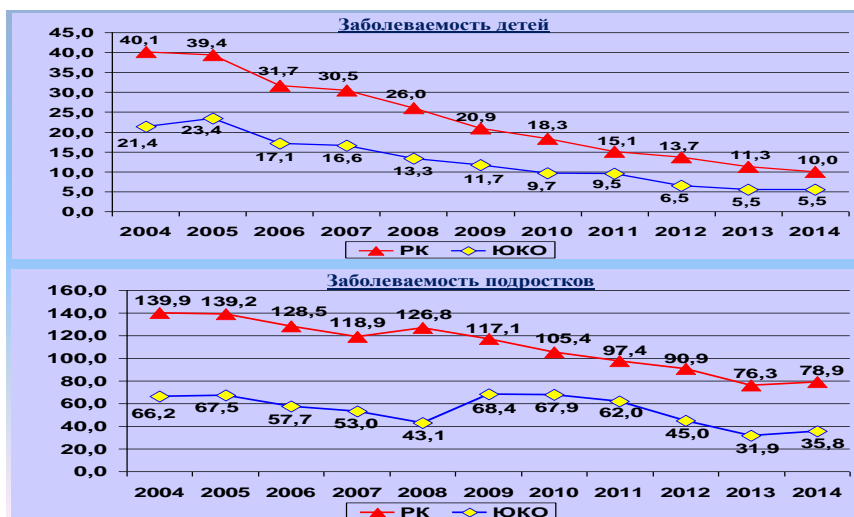
Результаты: За последние 10 лет (2004-2014гг.) в области заболеваемость населения туберкулезом снизилась на 46,5%: с 105,8 на 100 тыс. до 56,6 за анализируемый период (по РК с 154,3 до 66,4). Смертность сократилась в 3 раза: с 11,7 до 3,8 на 100 тыс.нас. (по РК в 4,5 раза: с 20,6 до 4,7).

Таблица 1 - Показатели заболеваемости и смертности по туберкулезу населения ЮКО за период с 2004-2014 гг.



Благополучие эпидемиологической ситуации отмечается и среди детско-подросткового населения: среди детей заболеваемость снизилась почти в 5 раз: с 21,4 до 5,5 на 100 тыс. (по РК с 40,1 до 10,0); среди подростков в 2 раза: с 66,2 до 35,8 на 100 тыс. (по РК с 139,9 до 78,9).

Таблица 2 - Показатели заболеваемости по туберкулезу детского и подросткового населения ЮКО за период с 2004-2014 гг.



Стабилизация и улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в стране привело к массовым реформам и реструктуризации всей противотуберкулезной службы республики, в т.ч. и Южно-Казахстанской области.

До 2011г. противотуберкулезная служба области была представлена 1790 стационарными (21 диспансер) и 700 санаторными койками (5 санаториев). На основании приказа МЗ РК №№131 от 14.03.2011г. «Об утверждении Положения о деятельности противотуберкулезных организаций» и приказа УЗО №492-ө от 31.08.2011г., с учетом конкретной эпидемиологической обстановки по туберкулезу в регионах, санитарно-технического состояния учреждений, материально-технической оснащенности была проведена реструктуризация противотуберкулезных учреждений с госпитализацией больных по эпидемиологическому статусу.

На основании Постановления Правительства РК №87 от 17.01.2012г. "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», заключения главных специалистов НЦПТ МЗСР РК и ДЗПП РК за 2011-2014гг., приказа УЗО №492-ө от 31.08.2011г. были закрыты стационары 8 маломощных, нетиповых диспансеров, несоответствующих требованиям инфекционного контроля (Казыгуртского, Ордабасинского, Махтааральского, Созакского, Толембийского, Тулькубасского, Шардаринского районов и г. Кентау). Созданы 9 межрайонных противотуберкулезных учреждений. В 2014г. на основании Постановления Акима области А.Мырзахметова №97 от 28.04.2014г. «О реорганизации некоторых учреждений здравоохранения» всем межрайонным противотуберкулезным учреждениям был придан статус «Коммунальное государственное учреждение».

В результате поэтапной реструктуризации с 2011 года было сокращено 820 коек общего коечного фонда: с 1790 до 970.

Основным требованием к созданию межрайонных противотуберкулезных учреждений являлось – территориальное разделение и госпитализация больных строго по эпидемиологическому статусу (бактериовыделение и лекарственная устойчивость).

В связи с чем, в Арысский МРТД на 75 коек госпитализируются больные со всей области с множественной лекарственной устойчивостью, МЛУ МБТ(-);

В Байдибекский МРТД на 55 коек все больные с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ);

В Сайрамский МРТД на 60 коек госпитализируются больные с сохраненной чувствительностью, МБТ(+)

для больных р.Ордабасы, Сайрам, Толемби, Тулькубас, г. Шымкент;

В Сарыагашский МРТД на 60 коек госпитализируются больные с сохраненной чувствительностью, МБТ(+)

р.Казыгурт, Сарыагаш, Мактарал, Шардара;

В Туркестанский МРТД на 50 коек госпитализируются больные с сохраненной чувствительностью, МБТ(+)

для больных г.Арыс, Кентау, Туркестан, р.Байдибек, Отырар, Сузак;

В Отырарский МРТД на 50 коек госпитализируются больные со всей области с множественной лекарственной устойчивостью, МЛУ МБТ(-);



В Шымкентский МРТД на 200 коек госпитализируются больные с сохраненной чувствительностью МБТ(-) (120 коек) и дети-подростки (80 коек) со всей области;

В ОПТД на 420 коек госпитализируются легочно-хирургические больные (70), больные с внелегочным туберкулезом (40), больные МЛУ ТБ (170), больные с сохраненной чувствительностью, с осложнениями (в т.ч. беременные, послеродовые, сахарный диабет и т.д.) - (80); на базе отделения Сайрам - для принудительного лечения (45), хоспис (15). Для транспортировки больных по эпидстатусу в межрайонные диспансеры и для доставки патологического материала из районных учреждений в областную лабораторию все учреждения оснащены санитарным автотранспортом (кроме Мактаральского РТД). Во всех стационарах установлено видеонаблюдение.

В настоящее время служба представлена 1 областным, 2 городскими, 5 межрайонными противотуберкулезными стационарами и 8 диспансерами без стационаров; санаторной службой на 730 коек, из них 500 детских (Акбулак-200, Жансая-150, Карлыгаш-150коек) и 1 взрослый (Балыкшы-230). В службе задействованы 258,5 штатных единиц (228) фтизиатров, в т.ч. фтизиопедиатров -72, фтизиохирургов - 4, внелегочных специалистов -4. С высшей категории -42, с первой категорией -150, со второй категорией -36.

Для изоляции контактных и оздоровления детей функционируют школа-интернат «Казыгурт» на 400 коек и 18 детских круглосуточных оздоровительных групп на 775 мест, открытых по ГПРЗ РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, на базе дошкольных учреждений, относящихся к ведомству образования. С целью недопущения рецидивов туберкулеза среди больных, переболевших ранее туберкулезом и имеющих бронхо-легочную патологию на базе противотуберкулезного санатория «Балыкшы» открыто реабилитационное отделение на 30 коек.

Для полного охвата целевых групп населения профилактическими осмотрами на туберкулез противотуберкулезная служба и учреждения сети ПМСП обеспечены передвижными флюорографическими установками (по области функционируют 96 флюорографов, в т.ч. -38 передвижных, из них требует замены -8). Для повышения эффективности выявления заразных форм туберкулеза методом микроскопии при поликлиниках ПМСП области функционируют 26 баклабораторий, 166 комнат сбора мокроты. Бактериологическая служба оснащена бинокулярными микроскопами, 2 аппаратами БАКТЕК для ускоренной диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза в течение 28 дней и 1 молекулярным аппаратом Gene-Xpert, определяющий устойчивость к рифамицину в течение 2 часов.

Ведется строгая учетность и отчетность больных туберкулезом. Все учреждения обеспечены интернет-связью и подключены к электронной программе «Национальный регистр больных туберкулезом» в режиме –онлайн. С целью усиления мониторинга за больными туберкулезом на амбулаторном этапе в сети ПМСП открыты кабинеты непосредственного-контролируемого лечения (НКЛ). Для тяжелобольных организован НКЛ на дому. Мониторинг за противотуберкулезными мероприятиями ведется группой мониторинга и оценки, созданной из освобожденных специалистов ОПТД.

Для дифференциации тублеритов с плевритами различной этиологии приобретен аппарат тораковидеоскоп. На базе ОПТД проводятся регулярные семинар-тренинги по обучению специалистов сети ПМСП, КУИС (по Комплексному Плану по борьбе с туберкулезом в РК на 2014-2020гг. План на 2015г.-600, на 2016г.-600, на 2017г.-600 специалистов ПМСП). Во всех противотуберкулезных диспансерах организованы прививочные кабинеты.

#### **Выводы:**

1. Для улучшения работы противотуберкулезной службы области необходимо поэтапное изменение организационно-правовой формы ПТО гражданского сектора с переводом на ПХВ в 2016г. (Комплексный план, пункт 1., подпункт 2).
2. Для улучшения финансирования противотуберкулезной службы области необходимо:
  - 1) недопущение секвестрирования финансовых средств, предусмотренных на противотуберкулезные мероприятия (Комплексный план, пункт 1, подпункт 10);
  - 2) перераспределение высвобождающихся финансовых средств за счет оптимизации коечного фонда ПТО на укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, приобретение реагентов для лабораторной диагностики туберкулеза, а также психосоциальную поддержку больных на амбулаторном этапе лечения (Комплексный план, пункт 1, подпункт 8).
3. Привлечение НПО в реализацию противотуберкулезных мероприятий в области и усиление преемственности между гражданским и пенитенциарными системами (Комплексный план, пункт 4).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- Абдрахманова Г. Туберкулезден түнігменіз сырқаттану деңгейі төмендеп, өлім көрсеткіші азаюда / Г. Абдрахманова // Казахстанский медицинский журнал. - 2013. - №2. - С. 27-29.
- Балтабаева Б. Т. Балардағы туберкулездің жайылмалы түрінің клиникалық ағымы және оның қалдықты өзгерістері / Б. Т. Балтабаева // ОҚМФА хабаршысы. - 2012. - №2. - С. 196-197.
- Бекмағанбетова Ә. Туберкулездің алдын алу / Ә. Бекмағанбетова // Актуальные вопросы формирования

здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2014. - №1. - С. 112-113.

## ТҮЙІН

**Б.С. Сагимбеков** - м.ғ.к., облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

**И.Р. Кудайбергенов** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

**Ч.Ж. Косыбаева** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

**М.А. Сейтханов** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

## ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМАНЫҢ ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ЖҮЗЕГЕ АСЫРЫЛУЫ

Біздің жұмысымыздың мақсаты облыстағы туберкулезге қарсы қызмет жұмысын, оны жақсартудың жолдарын және Кешенді жоспардың тармақтары бойынша іске асырылуын зерттеу. Қорытынды: облыстағы туберкулезге қарсы қызметтің жұмысын жақсарту үшін, туберкулезге қарсы ұйымдардың (ТҚҰ) азаматтық секторының ұйымдастыру-құқықтық формасын кезеңмен шаруашылық жүргізу құқығына (ШЖҚ) 2016 жылы ауыстыру. (Кешенді жоспар, 1 тармақ, 2 тармақша). Кешенді жоспарға сәйкес (1 тармақ, 10 тармақша) облыстағы туберкулезге қарсы қызметтің қаржыландыруын жақсарту үшін, туберкулезге қарсы іс-шараларға қарастырылған қаражаттың қысқартылуын болдырмау қажет. Туберкулезге қарсы ұйымдардың төсек қорын оңтайландыру барысында үнемделген қаражатты ТҚҰ материалды-техникалық негізін нығайтуға, туберкулезді лабораториялық зерттеулер үшін реагенттер алуға және де амбулаториялық жағдайда ем алып жатқан науқастарға психоәлеуметтік қолдау көрсетуге жолдау (Кешенді жоспар, 1 тармақ, 8 тармақша). Облыста туберкулезге қарсы іс-шараларды іске асыру үшін, азаматтық және пенитенциарлық жүйелердің сабақтастығын күшейту үшін, үкіметтік емес ұйымдарды (ҮЕҰ) жұмылдыру қажет (Кешенді жоспар, 4 тармақ).

**Кілт сөздер:** Кешенді жоспар, аурушандық, реструктуризация, эпидемиологиялық статус, тікелей қадағалап емдеу (ТҚЕ).

## RESUME

**B.S. Sagimbekov** - MD, PhD, regional antitubercular clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

**I.R. Kudaibergenov** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

**C.J. Kosibaeva** - regional antituberculous, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

**M.A. Seithanov** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

## REALIZATION OF THE NATIONAL ANTITUBERCULOSIS PROGRAM IN SOUTH-KAZAKHSTAN REGION

The aim of our research was a study of work of antituberculosis service of region to the item by item implementation of the Complex plan and methods of her improvement. Conclusions. For the improvement of work of antituberculosis service of region the stage-by-stage change of legal form of antituberculosis organizations of civil sector is needed with translation on rights for an economic conduct in 2016. (Complex plan, point 1., subitem 2). In obedience to the Complex plan (point 1, subitem 10) for the improvement of financing of antituberculosis service of region, non-admission of sequestration of the financial means envisaged on antituberculosis events is needed. Redistribution of freeing oneself financial means due to optimization of beds fund of ATO on strengthening of material and technical base of antituberculosis establishments, acquisition of reagents for laboratory diagnostics of tuberculosis, and also psychosocial support of patients on the ambulatory stage of treatment (Complex plan, point 1, subitem 8). Bringing in of non-governmental organizations (NGO) is similarly needed in realization of antituberculosis events in regions and strengthening of succession between civil and by the penitentiary system (Complex plan, point 4).

**Key words:** The Complex plan, morbidity, restructuring, epidemiology status, directly-observed treatment (DOT).

УДК 616.711-002.5-036

**Б.С. Сагимбеков** - к.м.н., областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**С.Ж. Усивалиева** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**Б.О. Шопаев** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**А.Е.Досжанов** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучить особенности выявления, клинического течения туберкулезного спондилита, влияние сопутствующих заболеваний на течение туберкулезного спондилита, частоту осложнений. Подтвердить диагноз туберкулезного спондилита можно при сопоставлении анамнестических, клинических, лабораторных, иммунологических данных с результатами гистологического, цитологического и микробиологического исследования содержимого натечного абсцесса, биопсии пораженной костной ткани и лучевых методов диагностики. Сочетанный туберкулез был диагностирован у 20% пациентов. Распространенный процесс встречался у 7,6% пациентов. Отмечалась высокая частота осложнений - до 84,6%. Несвоевременное выявление и неадекватно проведенное лечение приводит к осложнениям болезни, утрате важнейших жизненных функций и инвалидности.

**Ключевые слова:** Туберкулезный спондилит, костно-суставной туберкулез, лучевая диагностика, натечный абсцесс, инвалидность.

Туберкулезный спондилит – это поражение позвоночника туберкулезным процессом, которое характеризуется появлением боли и нарушением функции в пораженных позвонках. В далеко зашедших случаях туберкулезного спондилита формируется так называемая триада Потта: возникновение абсцессов, появление горба – искривление позвоночника в грудном отделе, паралич верхних и нижних конечностей. Поражение костей и суставов развивается как следствие лимфогематогенного распространения инфекции при первичном внедрении микобактерией туберкулеза или в случае поздней генерализации туберкулеза, как результат возобновления процесса в заживших туберкулезных очагах.

За 9 мес 2015 г. в ЮКО костно-суставной туберкулез в структуре внелегочного туберкулеза составил 15,9%; за аналогичный период 2014 г. - 12,4%. Из всех форм костно-суставного туберкулеза ТС занимает первое место. Доля ТС в структуре костно-суставного туберкулеза за 9 мес. 2015 г. составила 71,1%, за 9 мес. 2014 г. - 80,6%.

Методы и материалы. Были изучены истории болезней 65 больных с ТС, находившихся на стационарном лечении во внелегочном отделении ОПТД в 2014-2015 гг. Всем больным до поступления в стационар проводилось следующее рентгенологическое обследование: обзорная R-графия в 2 проекциях - у 65 (100%), компьютерная томография (КТ) - у 14 (21,5%), мультиспиральная компьютерная томография (МКТ) – у 10 (15,4%), магниторезонансная томография (МРТ) – у 41 (63,1%). В стационаре больным с наличием свищевых форм туберкулезного спондилита применялась фистулография - у 6 (9,2%).

В преспондилитической стадии ТС взрослые больные редко обращаются в лечебные учреждения с какими-либо жалобами, так как их чаще беспокоят усталость и иногда ночные, не локализованные боли в спине. В спондилитическую возникают локализованные боли в позвоночнике разной интенсивности, усиливающиеся при физической нагрузке, иногда с иррадиацией боли по ходу периферических нервов. Пальпация остистых отростков, вовлеченных в патологический процесс позвонков, вызывает болезненность. При осмотре можно выявить нарушение осанки, искривление позвоночника, изменение походки, затруднение или невозможность совершить движение в пораженном отделе позвоночного столба. В области формирования натечного абсцесса обнаруживается припухлость рядом с очагом поражения. В постспондилитическую фазу активность процесса затихает, боли уменьшаются. На основании клинических и рентгенологических данных выделяют стадии ТБ спондилита: 1–первичный туберкулезный остит, 2А– прогрессирующий спондилоартрит без нарушения функции, 2Б - прогрессирующий спондилоартрит с нарушением функции, 3 – хронический деструктивный спондилит с полной утратой функции, 4 – посттуберкулезный спондилоартроз.

Результаты: из 65 больных ТС, мужчин было - 39 (65%), а женщин - 26 (35%). Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. До 30 лет-7 (10,8%), 30-40 лет-8 (12,3%), 40-50 лет-11 (16,9%), 50-60 лет-17 (26,2%), старше 60 лет-22 (33,8%) больных.

Туберкулезное поражение позвоночника чаще встречалось в поясничном отделе – в 41(63,1%), реже в грудном отделе – в 12 (18,4%), в грудно-поясничном отделе - в 7 (10,8%), в шейном отделе – в 3 (4,6%), в пояснично-крестцовом - 2 (3,1%) случаях. При ТС грудного отдела чаще встречалось поражение в нижне-грудном отделе – в 7 (58,3%) из 12 случаев.

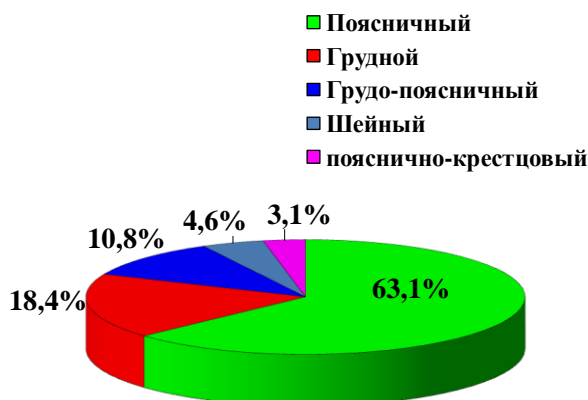


Диаграмма - Частота поражения различных отделов позвоночника

Туберкулез позвоночника чаще был диагностирован в спондилитической фазе на фоне развития болевоо синдрома. У 1 (1,5%) больного туберкулезным спондилитом наблюдалось поражение одного позвонка, у 59 (90,8%) больных туберкулезным спондилитом наблюдалось поражение двух позвонков, у 4 (6,1%) - трех позвонков, у 1 (1,5%) – четырех позвонков.

Наиболее частым осложнением туберкулезного спондилита бывают натечные абсцессы иногда с образованием свищей. Свищи могут прорываться наружу или в какой-либо полый орган. Доля больных спондилитом, имевших осложнения в виде натечных абсцессов, составила 84,6% (55 лиц). У 6 (9,2%) больных абсцессы сопровождалась свищами, у 7 (10,7%) наблюдались осложнения в виде пареза и пlegии, у 4 (6,1%) человек отмечалось нарушение функции тазовых органов. У 11 (16,9%) больных туберкулезный спондилит сочетался с туберкулезом органов дыхания, у 1 (1,5%) – с туберкулезным менингитом, у 1 (1,5%) – с туберкулезом мочевыделительной системы. Курение (более 10 лет) и употребление алкоголя в качестве факторов риска установлены у 26 (40%) больных. Сахарный диабет встречался у 5 (7,6%) больных. 1 (1,5%) больной страдал детским церебральным параличом. Семейный контакт с больным туберкулезом легких был у 14 (21,5%) лиц. Наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, мочеполовой системы встречалось у 40 (61,5%) больных.

Обсуждение. Среди больных ТС чаще всего заболели лица старше 60 лет –33,8%. Установлено наиболее частое поражение поясничного отдела позвоночника - в 63,1% случаев. Преобладала диагностика туберкулезного спондилита в периоде разгара спондилитической фазы (клинико-рентгенологически соответствующие фазам 2А и 2Б), так как в 90,8% случаев наблюдалось поражение двух смежных позвонков, более распространенные процессы встречались в 7,6 % случаях.

Выводы. Сочетанный туберкулез (поражение позвоночника в сочетании с другими органами) был диагностирован у 13 пациентов (20%). Распространенный процесс (поражение 3 и более тел позвонков) был у 5 пациентов (7,6%). Отмечалась высокая частота осложнений-до 84,6% (абсцессы, свищи, неврологические нарушения). Своевременное обследование больных с применением оптимальных методов лучевой диагностики приводит к уменьшению осложнений и инвалидности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Перецманос Е.О., Лавров В.Н., Салтыкова М.Е. Ошибки и сложности в диагностике туберкулезных спондилитов в кн. Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза: труды всерос. научной-практич. конф. СПб., -2006. – С.151 -153.
2. Мурусманов В.Х., Назиров П.Х., Джураев Б.М. Особенности клинического течения резистентных форм туберкулеза позвоночника в кн. Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: матер. всерос. научной-практич. конф. СПб., - 2010.- С.215.
3. Советова Н.А., Олейник В.В., Митусова Г.М., Некачалова А.З. Клинико-рентгенологические проявления туберкулезного спондилита взрослых \ \ Проблемы туберкулеза - 2001. - №4. - С.6-9.
4. Перецманос Е.О. Причины появления инвалидизирующих форм туберкулезного спондилита. Проблемы туберкулеза.- 2002. -№8 - С.6-7.

ТҮЙІН

- Б.С. Сагимбеков** - м.ғ.к., облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru  
**С.Ж. Усивалиева** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru  
**Б.О. Шопаев** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru  
**А.Е. Досжанов** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

### ТУБЕРКУЛЕЗ СПОНДИЛИТТЕРІНІҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Туберкулез спондилиттерінің клиникалық ағу ерекшеліктерін, қосалқы аурулардың туберкулез спондилитіне әсерін, асқынулар болуының жиілігін зерделеуге арналған. Туберкулез спондилиті диагнозын анамнездік, клиникалық, зертханалық, иммунологиялық деректерді, омыртқа тұсы абсцесінен алынған іріңді гистологиялық, цитологиялық және микробиологиялық тексеруді, зақымданған сүйек ұлпасынан алынған биоптаттың нәтижесімен және сәулелік диагностика әдістерінің нәтижелерімен салыстырып дәлелдейді. Қосалқы туберкулез диагнозы науқастардың 20%-на қойылған. Таралған ауқымды жағдай 7,6%-да болған. Асқынулар жиі кездескен - 84,6%. Уақтылы диагноздың қойылмауы және емдік шарттардың дұрыс орындалмауы аурудың асқынуына, өмірлік маңызды функцияларын жоғалтуына және мүгедектікке әкеліп соғады.

**Кілт сөздер:** Туберкулезді спондилит, сүйек-буын туберкулезі, сәулелік диагностика, омыртқа тұсы іріңді абсцесі, мүгедектік.

### SUMMARY

- B.C. Sagimbekov** - MD, PhD, regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru  
**S.Zh. Usivaliyeva**- regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru  
**B.O. Shopayev**- regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru  
**A.E. Doszhanov**- regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

### FEATURES OF THE CURRENT OF TUBERCULOUS SPONDILITIS

To study features of a clinical current of a tuberculous spondilitis, influence of associated diseases on a current of a tuberculous spondilitis, frequency of complications. Conclusions. It is possible to confirm the diagnosis of a tuberculous spondilitis by comparison the anamnestic, clinical, laboratory, immunological data with results of histologic, cytologic and microbiological research of contents of sinter abscess, a biopsy of the affected bone tissue and beam methods of diagnostics. The combined tuberculosis was diagnosed for 20% of patients. Widespread process met at 7,6% of patients. High frequency of complications - to 84,6% was noted. Untimely identification and inadequately carried out treatment leads to complications of an illness, loss of the major vital signs and disability.

**Key words:** Tuberculous spondilitis, bone and articulate tuberculosis, radiodiagnosis, sinter abscess, disability.

УДК 616.711-002.5-073.75

**С.Ж. Усивалиева, М.А. Сейтханов, А.А. Сейтова, Г.Н. Пернебаева, Ж.С. Наурызбаева**  
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

### АКТУАЛЬНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: Проблему диагностики и дифференциальной диагностики туберкулезного спондилита нельзя считать решенной на современном этапе даже при значительно возросшем числе диагностических мероприятий. Целью нашей работы было изучение значения лучевых методов в своевременной диагностике

туберкулезного спондилита. Выводы. При постановке диагноза туберкулезного спондилита решающая роль отводится данным лучевых методов (обзорная R-графия в 2 проекциях, компьютерная томография, мультиспиральная компьютерная томография, магниторезонансная томография и др.). Ни один из лучевых методов по отдельности не дает полное представление о патологическом процессе в позвоночнике, только комплексное их применение помогает правильно поставить диагноз туберкулезного спондилита. Своевременное обследование больных с применением оптимальных методов лучевой диагностики приводит к уменьшению осложнений и инвалидности.

**Ключевые слова:** Туберкулезный спондилит, лучевая диагностика, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, фистулография.

Туберкулезный спондилит - это поражение позвоночника туберкулезным процессом, встречающееся в любом возрасте, но при заболевании в детском возрасте чаще приводящее к деформации позвоночного столба, и как следствие этого - к инвалидизации. Рентгенологически выделяют преспондилитическую, спондилитическую и постспондилитическую фазы ТС. Диагностика заболевания в преспондилитической фазе крайне трудна из-за редкой обращаемости больных за медицинской помощью, т.к. в этот период преобладают симптомы, присущие туберкулезу любой локализации (слабость, субфебрилитет, ощущение некоторой скованности и легкие боли в одном из отделов позвоночника). Первыми рентгенологическими признаками поражения позвоночника являются сужение промежутков между двумя соседними позвонками или обнаружение участков разрежения и нарушения костной структуры в телах одного или нескольких позвонков. Поражается хрящевой диск, незначительно снижается высота тела позвонка и он приобретает клиновидную форму.

Рентгенологически процесс первичного остита и деструкции в теле позвонка определяется только при томографическом обследовании. В спондилитическую фазу появляется локализованная боль в позвоночнике разной интенсивности. Возможна иррадиация боли по ходу периферических нервов. Боли усиливаются при нагрузке на позвоночник и ослабевают или прекращаются в период отдыха. В этот период процесс распространяется за пределы одного позвонка. При прогрессирующем разрушении тел позвонков они «салятся» друг на друга, образуя клиновидную деформацию и переломы от сдавливания вышележащими позвонками. В результате формируется искривление позвоночника в виде горба, особенно при локализации процесса в грудном отделе позвоночника. В этой фазе нередко наблюдаются корешковые синдромы, обусловленные сдавлением спинного мозга, появляются парезы, параличи. Рентгенологически отмечается дальнейшее сужение межпозвоночного диска: усиливается клиновидная деформация, смещение позвонков, появляются очаги деструкции в рядом расположенных позвонках, формируются абсцессы. Туберкулезные абсцессы, ограниченные боковыми связками позвоночника, на рентгенограммах имеют вид плотных веретенообразных теней, более четко они выявляются на томограммах. Натечные абсцессы в грудной и поясничной области представляются тенями мягких тканей. В постспондилитическую фазу активность процесса затихает, боли уменьшаются. Клиновидная деформация позвонков способствует развитию кифотических (в грудном отделе) или сколиотических (в поясничном отделе) искривлений позвоночника, но чаще в поясничном отделе определяется выпрямление физиологического лордоза.

В постспондилитическую фазу активность процесса затихает, боли уменьшаются. Рентгенологически очаги деструкции уменьшаются, тела позвонков сливаются в единый костный конгломерат. Клиновидная деформация позвонков способствует развитию кифотических (в грудном отделе) или сколиотических (в поясничном отделе) искривлений позвоночника

Методы и материалы. Основу исследования составил анализ историй болезни 27 больных ТС, находившихся на стационарном лечении во внелегочном отделении ОПТД в 2015 г. Всем больным до поступления в стационар проводилось следующее рентгенологическое обследование: обзорная R-графия в 2 проекциях - у 27 (100%), компьютерная томография (КТ) - у 6 (22,2%), мультиспиральная компьютерная томография - у 5 (18,5%), магниторезонансная томография (МРТ) - у 16 (59,2%).

Результаты: из 27 больных ТС, мужчин было - 11 (40,7%), а женщин - 16 (59,3%). Возраст больных колебался от 26 до 80 лет. До 30 лет - 2 (7,4%), 30-40 лет - 5 (18,5%), 40-50 лет - 5 (18,5%), 50-60 лет - 4 (14,8%), старше 60 лет - 11 (40,7%). Туберкулезное поражение позвоночника чаще встречалось в поясничном отделе - в 18 (66,6%), реже в грудном - в 4 (14,8%), в грудно-поясничном - в 3 (11,1%) и в шейном отделе - в 2 (7,4%) случаях. При ТС грудных позвонков чаще встречалось поражение в нижне-грудном отделе - в 2 (50%) из 4 случаев. У 25 (92,6%) больных ТС наблюдалось поражение двух смежных позвонков, у 1 (3,7%) - трех позвонков, у 1 (3,7%) - четырех позвонков. У всех больных ТС присутствовал болевой синдром различной степени выраженности, у 3 (11,1%) больных наблюдались осложнения в виде пареза и пlegии, у 1 (3,7%) больного отмечалось нарушение функции тазовых органов. Доля больных ТС, имеющих осложнения в виде натечных абсцессов, составляла 85,1% (23 больных). У 3 (11,1%) больных абсцессы сопровождалась свищами.



ТС чаще болели лица старшего возраста – в 40,7% случаев. Преобладала диагностика ТС в периоде разгара спондилитической фазы, на фоне развития болевого синдрома. В 92,6% случаев наблюдалось поражение двух позвонков, более распространенные процессы встречались в 7,4 % случаях.

Обсуждение. Процессы распространенные и осложнения в виде парезов, пlegий и нарушений функции тазовых органов чаще встречались при позднем обращении больных и несвоевременном направлении их на рентгеномографическое обследование. При любой локализации процесса необходимо проводить обзорную R-графию в 2 проекциях. КТ целесообразна при поражениях, ограниченных одним-двумя позвонками, а также при наличии металлических конструкций в позвоночнике, искусственного водителя ритма сердца, когда МРТ противопоказана. Слабой стороной КТ является необходимость его прицельного использования на ограниченном участке позвоночника в пределах 1-2-3 сегментов. Использование КТ также ограничено при выраженных деформациях позвоночника. Исключением является мультиспиральная компьютерная томография. МРТ является наиболее эффективной для обследования пациентов, у которых туберкулез позвоночника распространился на мягкие ткани, для исследования межпозвонкового пространства, для выявления абсцессов, во всех случаях спинномозговых расстройств, для уточнения протяженности компрессированного участка спинного мозга при блоке ликворных путей. При диагностике свищевых форм применяется фистулография.

**Выводы:** для постановки верного диагноза ТС и полной оценки патологии необходимо обследование больного как минимум двумя методами, включая МРТ и КТ или МРТ и рентгенографию. МРТ и КТ более эффективны, чем рентгеномограммы в выявлении паравертебральных абсцессов и изолированных туберкулезных очагов в телах и дугах позвонков. Ни один из лучевых методов по отдельности не дает полное представление о патологическом процессе в позвоночнике, только комплексное их применение помогает правильно поставить диагноз ТС. Своевременное обследование больных с применением оптимальных методов лучевой диагностики приводит к уменьшению осложнений и инвалидности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Советова Н.А., Олейник В.В., Митусова Г.М., Некачалова А.З. Клинико-рентгенологические проявления туберкулезного спондилита взрослых // Проблемы туберкулеза. 2001. №4. - С.6-9.
2. Олейник В.В., Советова Н.А., Митусова Г.М. Клинико-рентгенологические особенности поражения позвоночника у больных генерализованным и полиорганным туберкулезом // Проблемы туберкулеза. 2002 г. №1. - С.16-19.
3. Советова Н.А., Мальченко О.В., Мушкин А.Ю., Митусова Г.М., Некачалова А.З. Лучевая диагностика костно-суставного туберкулеза и пограничных заболеваний скелета // Проблемы туберкулеза. 1998. №5. - С.28 - 31.
4. Митусова Г.М. Роль магнитной резонансной томографии в комплексной диагностике активного туберкулеза позвоночника // Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза различных органов и систем: Сб. науч. тр. и матер. 15-й Всеросс. конфер. - 1998. Том 1. С 62-64.
5. Митусова Г.М., Советова Н.А. Использование компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике туберкулеза и остеомиелита позвоночника у взрослых // Лучевая диагностика на рубеже столетий: Сб. статей. - 1999. - С.70-72.

#### ТҮЙІН

**С.Ж. Усивалиева, М.А. Сейтханов, А.А. Сеитова, Ғ.Н. Пернебаева, Ж.С. Наурызбаева**

Облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

#### ТУБЕРКУЛЕЗ СПОНДИЛИТТЕРІН СӘУЛЕЛІК ДИАГНОСТИКАСЫМЕН АНЫҚТАУ ӨЗЕКТІЛІГІ

Туберкулез спондилиттерінің сәулелік диагностикасы және дифференциалды диагностикасы диагностикалық әдістердің жетілген кәзіргі кезеңінің өзінде шешілген мәселе болып саналмайды. Біздің жұмысымыздың мақсаты туберкулезді спондилитті анықтаудағы сәулелік диагностика әдістерінің маңызын зерттеу. Қорытынды: Туберкулезді спондилиттің диагнозын қою барысында шешуші рөл сәулелік диагностика әдістеріне беріледі (аумақты 2 кескінде R-сурет, компьютерлік томография, мультиспиральды компьютерлік томография, магнитті резонансты томография және т.б.). Сәулелік әдістердің ешқайсысының жеке бір түрі омыртқадағы ақауларды толық көрсете алмайды, тек оларды бірге кешенді қолдану арқылы туберкулезді спондилит диагнозын дұрыс қоюға көмектеседі. Науқастарды уақтылы сәулелік диагностиканың нақты әдістерімен тексеру аурудың асқынған түрлерін болдырмауға, мүгедектікті азайтуға әсер етеді.

**Кілт сөздер:** туберкулезді спондилит, сәулелі диагностика, магнитті-резонансты томография, компьютерлік томография, фистулография.

## SUMMARY

**S. Zh. Usivaliyeva, M.A. Seithanov, A.A. Seitova, G.N.Pernebayeva, Zh.S.Nauryzbayeva**  
Regional antituberculous clinic, Shymkent, Republic of Kazakhstan, *optd\_yuko@mail.ru*

### THE RELEVANCE OF RADIODIAGNOSIS OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

The problem of diagnostics and differential diagnostics of a tuberculous spondylitis can't be considered solved at the present stage even at much the increased number of diagnostic actions. Studying of value of radiological methods in timely diagnostics of a tuberculous spondylitis was the purpose of our work. Conclusions. At statement of the diagnosis In the diagnostics of a tuberculous spondylitis the crucial role is assigned to data of beam methods of diagnostics (survey R-grafiya in 2 projections, a computer tomography, a multispiral computer tomography, a magnetic resonance tomography, etc.). Any of beam methods separately doesn't give a complete idea of pathological process in a backbone, only their complex application helps to make the diagnosis of a tuberculous spondylitis correctly. Timely examination of patients with optimal methods of radiation diagnosis reduces morbidity and disability.

**Key words:** tuberculous spondylitis, radiodiagnosis, a magnetic and resonant tomography, a computer tomography, a fistulografiya.

УДК: 615.061

**Керимбаева З.А.**, д.м.н., и.о. проф., [zakira.k@mail.ru](mailto:zakira.k@mail.ru), **Орманов Н.Ж.**, д.м.н., проф., **Касаева Л.Т.**, к.м.н., и.о. доц., **Ахмадиева К.Е.**, к.м.н., и.о. доц., **Ким О.Т.**, преп., **Асан А.А.**, преп.  
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан

### НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

#### АННОТАЦИЯ

В статье представлена эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в регионе, что позволяет найти рациональный подход к фармакотерапии. Проблема совершенствования процесса оказания лекарственной помощи больным за счет оптимизации рационального использования лекарственных средств является актуальным направлением клинической практики.

**Ключевые слова:** туберкулез, множественная лекарственная резистентность, заболеваемость, фармакотерапия, эпидемиология.

**Введение.** В Казахстане борьба с туберкулезом остается приоритетным направлением и ее особая актуальность обусловлена поручением Президента страны. В последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Казахстан имеет стойкую тенденцию к улучшению. Заболеваемость с 2005 г. по 2010 гг. снизилась на 35,3%, смертность от туберкулеза с 2005г. уменьшилась на 49,0%. Также по Южно-Казахстанской области за 2005-2010 годы заболеваемость снизилась на 24,5% (с 98,4 до 74,3 на 100 000 населения соответственно), смертность уменьшилась на 40% (с 10,8 до 7,3 на 100 000 населения соответственно) [1,2].

Знание эпидемиологической ситуации в регионе помогает разумно подойти к применению фармакотерапии, что позволяет уменьшить селекцию резистентных штаммов. Туберкулез с множественной лекарственной резистентностью является глобальной проблемой современности. Очень часто выявляется устойчивость сразу к нескольким лекарственным препаратам. Именно поэтому проблема совершенствования процесса оказания лекарственной помощи является актуальной.

**Материалы и методы исследования.** Был проведен ретроспективный когортный анализ истории болезней больных с множественно-лекарственно-устойчивым туберкулезом по Южно-Казахстанской области за 2005-2010 годы.

**Результаты и обсуждения.** За исследуемый период было выявлено в 2005 году 235 случаев мультирезистентных форм туберкулеза, 91 случаев в 2006 году, 400 – 2007 году, 437 случаев 2008 году, в 2009 году 487 случаев и 548 случаев в 2010 году.

Вместе с этим, на протяжении всех 5 лет определяется рост случаев резистентных форм туберкулеза за счет вторичной лекарственной устойчивости. Ведущими факторами в формировании приобретенной резистентности к терапии туберкулеза являются неправильные дозировки и нерациональные сочетания противотуберкулезных препаратов при назначении лечения, низкий комплаенс к непосредственному контролируемому лечению [3, 4, 5].

Рост заболеваемости лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза за эти годы возрос по ЮКО в 2,1 раза: с 10,6 до 22,4 на 100 тыс. населения, и по республике на протяжении последних 5 лет данный показатель не имеет тенденции к снижению - 52,6 и 52,9 на 100 тыс. населения.

Для решения и улучшения ситуации по туберкулезу с множественной лекарственной резистентностью в Казахстане утверждены нормативные акты по выявлению, диагностике, лечению и мониторингу устойчивых форм туберкулеза, которые являются одним из инструментов способствующим улучшению качества медицинской помощи.

**Выводы.** Таким образом, проблема совершенствования процесса оказания лекарственной помощи больным за счет оптимизации рационального использования лекарственных средств является актуальным направлением клинической практики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан Под редакцией д.м.н., проф. Абилдаева Т.Ш. – Алматы, 2011. – 68 с.
2. Абилдаев Т.Ш. Результаты реализации Национальной программы борьбы с туберкулезом в Казахстане //Актуальные вопросы фтизиатрии. Сборник научных трудов к IV съезду фтизиатров Республики Казахстан с международным участием. - Алматы, 2010. С. 5-10.
3. Касаева Л.Т., Аленова А.Х. Современные подходы к диагностике и лечению туберкулеза легких //Монография. ISBN 978-601-7408-053 - Шымкент, 2012. – 98 с.
4. Туберкулез. Выявление, лечение и мониторинг по К. Томену. Вопросы и ответы. Под ред. Т. Фридена (пер. с англ.). ВОЗ, 2004. С. 228-230
5. Исмаилов Ш.Ш. //Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. ISBN 9965-15-676-X – Алматы, 2009. 96с.

#### ТҮЙІН

**Керімбаева З.А.**, м.ғ.д, проф.м.а., **Орманов Н.Ж.**, м.ғ.д., проф., [Ormanov48@mail.ru](mailto:Ormanov48@mail.ru), **Касаева Л.Т.**, м.ғ.к., доцент м.а., **Ахмадиева К.Е.**, м.ғ.к., доцент м.а., **Ким О.Т.**, оқытушы, **Асан А.А.**, оқытушы  
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

#### ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ФАРМАКОТЕРАПИЯСЫНЫҢ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРІ

Мақалада фармакотерапияны оңтайлы қолдануға мүмкіндік беретін туберкулез бойынша аймақтағы эпидемиологиялық жағдайы келтірілген. Дәрі-дәрмектерді тиімді пайдаланудың оңтайлануы есебінен науқастарға дәрі-дәрмек жағынан көмек үрдісін жетілдіру мәселесі клиникалық тәжірибенің өзекті бағыты болып табылады.

**Кілт сөздер:** туберкулез, көптеген дәрі-дәрмекке тұрақтылық, аурушандық, фармакотерапия, эпидемиология.

#### SUMMARY

**Kerimbaeva Z.A.**, MD, Acting Professor, **Ormanov N.Zh.** MD, professor, **Kasayeva L.T.**, MD, Acting assistant professor, **Ahmadieva K.E.** MD, Acting associate professor, **Kim O.T.**, lecturer, **Asan A.A.**, lecturer  
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

#### SOME PROBLEMS OF TUBERCULOSIS PHARMACOTHERAPY

The article presents the epidemiological situation of tuberculosis in the region, which allows a rational approach to the use of pharmacotherapy. The problem of improving the provision of pharmaceutical care to patients by optimizing the rational use of drugs is actual area of clinical practice.

**Key words:** tuberculosis, multidrug resistance, disease, pharmacotherapy, epidemiology.

УДК 616.24-07

1Е.Б.Бекмуратов, 1Л.Т.Касаев, **Б.А.Скребцов**, 1 Н.З.Шапамбаев, 2Г.В.Устименко

1Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан  
2 Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан

## РОЛЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

### АННОТАЦИЯ

Частота обнаружения ранних форм туберкулеза и других неспецифических заболеваний органов грудной клетки составляет 8,6 на 1000 обследуемых, что позволяет считать проведение ежегодного флюорообследования оправданным. Внедрение современных технологии во флюорографии позволяет наиболее полноценно выявлять патологию органов дыхания. Вместе с тем, следует отметить, что необходимо повысить уровень знаний фтизиатров и рентгенологов поликлиник по качеству читки флюорограмм и по углубленному обследованию флюороположительных лиц, а также для уточнения диагноза и своевременного охвата их амбулаторным и стационарным лечением.

**Ключевые слова:** флюорография, заболевания органов дыхания, выявление, фтизионасторожность.

На современном этапе флюорографический метод исследования органов грудной клетки не утратил свое значение в раннем выявлении патологии, в том числе и ранних форм туберкулеза.

Цель исследования: изучить эффективность флюорографического обследования населения при раннем выявлении заболеваний органов дыхания по городскому противотуберкулезному диспансеру за 2012-2014 годы.

Материалы методы исследования. Дифференцированному флюорографическому обследованию (ФО) подлежали лица из группы риска, состоящие на учете в поликлинике с различными хроническими заболеваниями, а также лица обязательного контингента с использованием передвижных цифровых флюороаппаратов, стационарных цифровых флюороаппаратов и стационарные пленочные флюороаппараты.

Таблица 1 - Туберкулез органов дыхания, выявленные при флюорографических осмотрах за 2012-2014годы

№	Мероприятий	Годы		
		2012г.	2013г.	2014г.
1	Количество флюороосмотров по г. Шымкенту	319 662	378 141	437 723
	с патологией ОГК	2746	3868	3526
2	Выявлено туберкулеза	358	294	312
3	ФО группы риска	215362	246937	294758
	Из них туберкулеза	315	255	273
4	ФО из обязательного контингента	44777	46735	53008
	Из них туберкулез	14	17	25
5	Прочие	59523	84469	89957
	Из них туберкулез	29	22	14
6	Женщин фертильного возраста	175 408	183 472	217 770
	Из них туберкулез	130	114	88

Для достижения поставленной цели были изучены ретроспективно данные флюорографического обследования взрослого населения г. Шымкента за 2012-2014годы (табл. 1). Как видно из таблицы 1, среди 319 662 обследованных в 2012г. обнаружено 2746 патологии органов грудной клетки, что составило 8,6 на 1000 обследованных; в 2013году – 10,2; и в 2014г. – 8,1 на 1000 обследованных. Наряду с этим, выявление туберкулеза составило в 2012г. – 1,1 на 1000 обследованных, 2013г. - 0,8; и в 2014г. – 0,7; что свидетельствует о снижении уровня заболеваемости туберкулеза по городу Шымкенту. Необходимо отметить, что в большинстве случаев туберкулез выявлен из контингента группы риска до 88%, это связано с правильным формированием группы риска по туберкулезу и о наличии должной фтизионасторожности на уровне ПМСП. Туберкулез среди женщин фертильного возраста за исследуемый период уменьшается с 36,8% до 28,2%, что является хорошим прогностическим признаком (таблица 1).

Вместе с этим, в результате профилактических флюороосмотрах выявлены и другие заболеваний органов грудной клетки. Из таблицы 2, следует что наиболее часто во все исследуемые годы выявлялся

хронический бронхит от 0,2% в 2012г. до 0,1% в 2014г. Достаточно большой удельный вес патологии сердца и сосудов у обследуемых, которые ранее не обращались к врачу.

Сравнительный анализ результатов пленочной и цифровой флюорографии выявил преимущество цифровых флюороаппаратов в 2-3 раза выше, чем пленочными. Высокая контрастная чувствительность метода позволяет малые формы легочного процесса. При цифровой флюорографии снижается лучевая нагрузка на обследуемого более чем в 10 раз по сравнению со стандартной пленочной флюорографией и в 2-3 раза по сравнению с крупноформатной рентгенографией. По причине низкой лучевой нагрузки этим методом можно обследовать подростков из группы риска туберкулеза с семилетнего возраста, исключая рентгеноскопию и рентгенографию. Таким образом, флюорография остается одним из ведущих методов рентгеновского обследования, в частности при проведении профилактических обследований населения по раннему выявлению заболевания органов грудной клетки.

Таблица 2 - Динамика выявления неспецифических заболеваний органов грудной клетки за 2012-2014 годы по г. Шымкенту

№	Неспецифические заболевания ОГК	2012г.		2013г.		2014г.	
		Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1	Онкология	37	0,01	31	0,008	24	0,005
2	Хр. Бронхиты	656	0,20	478	0,12	506	0,11
3	О. пневмонии	221	0,006	380	0,10	379	0,08
4	Пневмокониозы и силикозы	5	0,001	20	0,005	29	0,006
5	Эмфизема и пневмосклерозы	74	0,02	108	0,02	92	0,02
6	Патология сердца и сосудов	387	0,12	418	0,11	396	0,09
7	Патология костей ОГК	179	0,05	204	0,05	136	0,03
8	МОИ	777	0,24	1743	0,46	1563	0,35

Выводы: Учитывая частоту обнаружения ранних форм туберкулеза среди обследуемого населения, проведение ежегодного флюорообследования считаем оправданным. Внедрение современных технологии во флюорографии позволяет наиболее полноценно выявлять патологию органов дыхания. Вместе с тем, следует отметить, что необходимо повысить уровень знаний фтизиатров и рентгенологов поликлиник по качеству читки флюорограмм и по углубленному обследованию флюороположительных лиц, а также для уточнения диагноза и своевременного охвата их амбулаторным и стационарным лечением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Скребцов Б.А., Бекмуратов Е.Б., Шапамбаев Н.З. и др. Нетуберкулезные заболевания легких, выявляемые при флюорографических обследованиях // Вестник 2/2014, ЮКГФА.
2. Алимов А.Р., Ходжаниязов Ф.Б. Эффективность флюорографического обследования населения при раннем выявлении заболеваний органов дыхания в Республике Узбекистан //Материалы 1 международной заочной научно-практической конференции «Туберкулез - Глобальная катастрофа человечества». - 24 марта 2014г. Ростов на Дону.
3. Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Шапамбаев Н.З. и др. Выявляемость туберкулеза и хронических неспецифических заболеваний легких у взрослых по городу Шымкент// Научно-практический журнал «Ғылым мен Денсаулық Сақтау», г.Семей- 2014 - №2, С. 86-88.

#### ТҮЙІН

Е.Б.Бекмуратов, Л.Т.Касаева, **Б.А.Скребцов**, Н.З.Шапамбаев, Г.В.Устименко

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**ТҮРҒЫНДАРДА ТЫНЫС АЛУ АҒЗАЛАРЫ АУРУЛАРЫН ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ АНЫҚТАУДА  
ФЛҮОРОГРАФИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ МАҢЫЗДЫ РОЛІ**

Туберкулездің және кеуде торы ағзаларының басқа спецификалық емес ауруларының ерте түрінің жиілігін анықтауда 1000 тексерілушінің 8,6 құрайды, сондықтан жыл сайын тұрғындарды флюорографиядан өткізуді қажет етеді. Тыныс алу жүйесі патологиясын толыққанды анықтауда флюорографияның заманауи технологиясын енгізудің маңызы зор. Сонымен қатар, емхана рентгенологтары мен фтизиатрлардың білім деңгейін жоғарылату қажет және флюоро оң науқастарды нақты тексеру мен сапалы диагноз қою, оларға амбулаторлы және стационарлы емді өз уақытында қамтамасыз ету.

**Кілт сөздер:** флюорография, тыныс алу ағзалары, анықтау, фтизиосактану.

## SUMMARY

E.B.Bekmuratov, L.T. Kasayeva, **B.A.Skrebtsov**, N.Z.Shapambaev, G.V. Ustimenko

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan  
City TB Dispensary, Shymkent,

## THE ROLE OF THE X-RAY SCREENINGS FOR EARLY DETECTION OF DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

The frequency of detection of early forms of tuberculosis and other nonspecific diseases of the chest is about 8.6 per 1000 subjects, which justifies the conduction of annual x-ray screenings. The introduction of modern technology in fluoroscopy allows to completely identify respiratory diseases. However, it should be noted that it is necessary to raise awareness of TB specialists and radiologists of clinics in quality of readings of photofluorogram and in-depth examination fluoro-positive persons as well as for diagnosis and timely coverage of outpatient and inpatient treatment.

**Keywords:** fluorography, respiratory diseases, identification.

УДК 616 -006.442-002.5-06

**Р.М.Мамбетова** - заведующая детским отделением Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail- [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

**С.Т.Оразалиева**- врач фтизиопедиатр городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

### АННОТАЦИЯ

**Цель работы:** изучить причины несвоевременного выявления внелегочных форм туберкулеза для принятия дальнейших мер по их устранению. В статье раскрыт классический случай туберкулезного лимфаденита с последующими осложнениями и с переходом в генерализованную форму туберкулеза. Сделаны следующие выводы - основной причиной поздней диагностики являются низкая фтизионастороженность врачей первично-медико санитарной помощи (далее - ПМСП) и отсутствие обратной связи между врачами ПМСП и фтизиатров противотуберкулезной организации (далее -ПТО). Более 90 % детей больных туберкулезом обращаются к фтизиатрам после консервативного и хирургического лечения, полученного в первичной сети, что приводит к генерализации туберкулезного процесса и формированию деструктивных форм.

**Ключевые слова:** первичная медико-санитарная помощь, туберкулезный лимфаденит, лимфаденоэктомия, генерализация.

Несвоевременное выявление внелегочных форм туберкулеза, в данном случае туберкулезного лимфаденита на сегодняшний день является одной из актуальных проблем во фтизиатрии. Мы приводим пример из клинического наблюдения, где туберкулезный лимфаденит перешел в генерализованную форму туберкулеза. Нами использованы медицинская карта стационарного больного (форма 003/у) больного А.Д. 06.04.2015 г.р., который в 16:00 поступил в детское отделение Шымкентского городского противотуберку-



лезного диспансера (далее - ШГПТД), а также применены данные статистических отчетов (форма 089/у, ТБ-01).

Результаты и обсуждения: больной А.Д. 06.04.2015 г.р., поступил в 16:00 в детское отделение Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера. Жалобы на высокую температуру по вечерам, общую слабость, потерю аппетита, веса, одышку в покое, увеличение лимфоузлов в области шеи с обеих сторон. Из анамнеза заболевания: выявлен по обращаемости. Когда ребенку было 2 года и 2 месяца, мать впервые заметила увеличение лимфоузла в области шеи размером с горошину, который уменьшился в размерах без лечения. Мать самостоятельно смазывала шею мазью Доктор Мом. Так как у ребенка были частые ангины с 2-х летнего возраста, ребенок с Д-зом «Фолликулярная ангина, лимфаденит шейный справа» был госпитализирован в ЦРБ в середине декабря 2014г, там же был консультирован райфтизиопедиатром, который исключил туб. процесс.

В начале марта 2015 г. из-за ухудшения состояния ребенка и высокой температуры, родители обратились к участковому педиатру в поликлинику по месту жительства, который направил к гематологу в областную детскую больницу, где 11.03.15г. была сделана обзорная рентгенограмма грудной клетки с последующим направлением к участковому фтизиопедиатру на консультацию. После консилиума врачей детского отделения городского противотуберкулезного диспансера у ребенка был исключен туберкулез легких и ребенок был направлен на консультацию внелегочного фтизиатра и хирурга в областной противотуберкулезный диспансер с диагнозом: Лимфаденит шейный неясной этиологии. 18.03.15 г. в условиях областного противотуберкулезного диспансера под местной анестезией сделана операция лимфоаденоэктомия в области шеи слева и препарат направлен на цитогистологическое обследование, после чего ребенок был направлен домой. 06.04.15 г. из-за ухудшения состояния родители привезли ребенка в ШГПТД, где после рентгенологического обследования легких госпитализировали в экстренном порядке в детское отделение.

Анамнез жизни: Ребенок от 3-ей беременности и родов. Беременность протекала на фоне анемии. Родился доношенным, весом 3.980 гр., с рождения находился на грудном вскармливании. БЦЖ- в роддоме 8.10.11г 0,05 сер - 1389-руб- 5 мм. Эпид. анамнез: контакт с туберкулезным больным отрицает. Общее состояние больного при поступлении тяжелое, за счет выраженных симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности 2 степени. Нормального телосложения, умеренного питания. Костно-мышечная система без патологии. Вес 14 кг. Температура - 38,0 С, периодически - по вечерам. Менингеальные симптомы отрицательные. Выражение лица страдальческое, аппетит снижен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, очень бледные. В углу рта справа заеды. Справа в подчелюстной области послеоперационный шрам 2 см. без признаков воспаления вокруг. Периферические лимфатические узлы: пальпируются в подбородочной, подчелюстной области несколько лимфоузлов размером с голубиное яйцо плотнo-эластичной консистенции, малоподвижные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. Одышка в покое с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры грудной клетки с обеих сторон. В легких - аускультативно на фоне жесткого дыхания, хрипы не прослушиваются. ЧДД-40 в мин. Соч-тоны приглушены, ритмичные, умеренная тахикардия. ЧСС 140 уд. в мин. АД-90/60 мм.рт.ст. Живот привздутый. Печень увеличена в размерах на 2,0+2,0+2,5см. плотно-эластичной консистенции. Мочится свободно. Стул регулярный, кашицеобразный.

Status localis: Справа в подчелюстной области послеоперационный шрам 2 см. без признаков воспаления вокруг. Периферические лимфатические узлы: пальпируются в подбородочной, подчелюстной области несколько лимфоузлов размером с голубиное яйцо плотнo-эластичной консистенции, малоподвижные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. Результаты анализов цитологии от 30.03.15г. Заключение: туберкулезный лимфаденит с рубцовой деформацией.

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови от 7.04.2015 Нв-91-г/л; Эр-3,9x10<sup>12</sup>/л; Л-13,5x10<sup>9</sup>/л; Т-289x10<sup>9</sup>; с/я-74,6-3П-2, Лим-16,0;Мон-5,0; СОЭ-3 мм.Кровь на свертываемость по Сухареву от 7.04.15г начало 4мин 25 сек, конец 4 мин 59 сек.Группа крови В(III)Rh +. Общий анализ мочи от 7.04.2015гуд. вес -1011,белок-0.033% ; Л-2-3 п/зр. Анализ на крови на ВИЧ от 7.04.15 – отр №35. Кал на я/г от 7.04.15- отр, соскоб на я/г- от 7 - 8.04.15г-отр. Биохимический анализ крови от 07.04.15 г.: сахар-3,0; общ белок -59,2г/л; АЛТ-0,42; АСТ- 0,44, Тимол проба -2,8, общ.билирубин-.18,2. Группа крови В(111)Rh+ кровь на микроэлементы от 15.04.15 г К-4,2. На-14,5, Са-0,95 снижение. Проба Реберга от 15.04.15 г снижение минутного диуреза-61,72, креатинин крови -39,8,креатинин в моче-29,7, канальцевая реабсорбция 98%, ПТИ от 15.04.15г-21.76 Фибриноген-1,8. Бактериологические исследования. Микроскопия мокроты. Посев. МИЗ от 7- 8-9.04.15 г-отр №1884. 7-8-9.04. МИЗ – отр №1884. Миз от 2-3.06.15г-отр № 2884.Миз 28-29.07.15г-отр. №3866. БАКТЕК кала от 14.04.2015г. №2042 МБГ отрицательно. Анализ пром.вод желудка МБТ G-xpert от 08.04.15 г.№ 2622-ТБ+, чув к R.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки от 6.04.15г. на обзорной рентгенограмме гр/клетки определяется по всем легочным полям на фоне усиленного легочного рисунка множество мелких очаговых теней средней интенсивности с относительно четкими наружными контурами. Корни расширены, обогащены, малоструктурны. Синусы свободны. Заключение: диссеминированный туберкулез легких. Клинический диагноз: генерализованный туберкулез, диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации, острое течение. Туберкулез периферических лимфоузлов в области шеи(подчелюстных, подбородочных) казеозно-некротическая форма, активная стадия. Состояние после лимфоаденэктомии справа. МБГ- новый случай, I категория.

Сопутствующий диагноз: Анемия I степени. Неревматический кардит, подострое течение, средней ст. тяжести. ЛЖ НК 2Аст. Консультация педиатра от 08.04.15г. Заключение: «Анемия I ст». Консультация

детского невролога от 08.04.2015г «Данных за неврологическую патологию нет» Консультация дет.окулиста от 14.04.15г. Заключение: Ангиопатия сосудов сетчаткиобеих глаз. Консультация детского гастроэнтеролога от 14.04.15г. По данным компьютерной томографии брюшной полости и забрюшинного пространства: признаки мезоаденита. Умеренная гепатомегалия. Ротированная правая почка с признаками пиелозктазии. МРТ головного мозга от 17.05.15 г., заключение: МРТ признаки постгипоксической энцефалопатии. Правосторонний отит. Консультация детского кардиолога от 29.04.15г., заключение: неревматический кардит подострое течение, средней ст. тяжести. ЛЖ,НК 2Аст.от 17.04.15 г. УЗИ сердца от 22.04.15г. Заключение: Размеры камер сердца в пределах возрастной нормы. Сократимость желудочков удовлетвори-тельная. Кровоток по магистральным сосудам не изменен. Данных за порок сердца нет». Проведенное лечение: 1)Режим I. 2)стол №11. 3)Принимал лечение по I кат. соответственно весу больного Н-200, R-300,Z- 500, E-300 - 120 доз, на ПФ переведен с 04.08.15 г. по схеме Н-200, R-300в ежедневном режиме. 4) симптоматическая и патогенетическая терапия, гепатопротекторы. 5)физиолечение, ультразвук с гидрокор-тизоновой мазью, электрофорез.

При выписке: общее состояние больного удовлетворительное, нормального телосложения, умеренного питания. Костно-мышечная система без патологии. За время лечения больной окреп, прибавил в весе на 3.5кг. Сон и аппетит не нарушены. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Справа в подчелюстной области имеется послеоперационный шрам д=2 см. без признаков воспаления вокруг. В подчелюстной области справа пальпируются несколько лимфоузлов диаметром с чечевицу, плотноватой консистенции, подвижные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные. В легких - аускультативно везикулярное дыхание, хрипы не прослушиваются. Соч-тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги эластичной консистенции, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Стул оформленный. ОАК 10.09.2015 Нв-114-г/л; Эр- $3,9 \times 10^{12}$ /л; Л- $13,5 \times 10^9$ /л; Т- $289 \times 10^9$ ; СОЭ-3 мм. ОАМ 10.09.2015гуд. вес -1011,белок-0.033% ; Л-2-3 п/зр.БХА 10.09.15 г сахар-3,0; общ белок -59,2г/л; АЛТ-0,42; АСТ- 0,44, Тимол проба -2,8 общ.билиру-бин - 18,2), 22.09.2015 г. была сделана контрольная обзорная рентгенограмма гр.клетки и томограмма ч/з корень полное рассасывание на месте диссеминированных участков в легких с обеих сторон. В динамике полное рассасывание.

Таким образом, на основании исследованных материалов было доказано, что более 90 % детей больных туберкулезом обращаются к фтизиатрам только после консервативного и хирургического лечения в первичной сети, что приводит к генерализации туберкулезного процесса и формированию деструктивных форм.



**Рисунок 1 - обзорная рентгенограмма грудной клетки. Заключение: Данных за туберкулез легких нет 11.03.15г..**

Обзорная рентгенограмма грудной клетки от 6.04.15г. на обзорной рентгенограмме гр/клетки определяется по всем легочным полям на фоне усиленного легочного рисунка множество мелких очаговых теней средней интенсивности с относительно четкими наружными контурами. Корни расширены, обогащены, малоструктурны. Синусы свободны Заключение: диссеминированный туберкулез легких.



**Рисунок 2 - Контрольная обзорная рентгенограмма гр.клетки от 22.09.2015г., полное рассасывание на месте диссеминированных участков в легких с обеих сторон. В динамике полное рассасывание.**

## ЛИТЕРАТУРА

1. Скребцов Б.А. Особенности течения туберкулеза у детей//Фтизиопульмонология – 2006- №1- С.13-15.

## ТҮЙІН

**Р.М.Мамбетова** - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің балалар бөлімшесінің меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облысы, е –mail: [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

**С.Т.Оразалиева** - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің балалар бөлімшесінің фтизиопедиатры, Оңтүстік Қазақстан облысы, е –mail [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### ТУБЕРКУЛЕЗДІК ЛИМФАДЕНИТТІҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ ЖӘНЕ КЕЗДЕСЕТІН АСҚЫНУЛАР ТҮРЛЕРІ

Мақалада туберкулез генезінің лимфадениттерінің классикалық жағдайының асқынуы және генерализацияланған түріне өтуіне талдау жүргізілген. Туберкулездің кеш анықталудың негізгі себебі: алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету мекемелеріндегі педиатрлардың фтизиоқырағылығының төмендігі және фтизиатрларымен бірге өзара байланыстығының жоқтығы болып табылып тұр. Сол себептен туберкулезге деген қырағылықты жоғарлатып, әсіресе өкпеден тыс туберкулездің түрлеріне ерекше көңіл аудару қажет.

**Кілт сөздер:** бастапқы медикалық-санитарлық жүйе, туберкулезды лимфаденит, лимфаденоэктомия, өршу.

## RESUME

**R.M.Mambetova** - head. children's department SHGPTD, [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

**S.T.Orazalieva** - ftiziopediatr SHGPTD children's department, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### FEATURES COURSE OF TUBERCULOUS LYMPHADENITIS AND POSSIBLE COMPLICATIONS

The article discloses a classic case of tuberculous lymphadenitis and subsequent complications and the transition to a generalized form of tuberculosis. Study the causes of delayed diagnosis. It is necessary to increase the ftizionastorozhennost pediatricians of primary health care (PHC hereinafter), especially extrapulmonary tuberculosis.

**Key words:** primary health care, tuberculosis lymphadenitis, lymphadenectomy, generalization

УДК 616-002.5-053.2(574.5)

**Р.М.Мамбетова**-- заведующая детским отделением Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера, Южно-Казахстанская область, [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012-2014гг.

## АННОТАЦИЯ

**Цель работы:** изучение динамики заболеваемости туберкулезом, возрастной структуры и своевременности выявления туберкулеза у детей, посупивших на лечение в детское отделение городского противотуберкулезного диспансера г. Шымкент за 2012-2014г.г. Основными задачами фтизиатрии являются мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости туберкулезом, своевременному выявлению и повышению эффективности лечения как среди взрослого населения, так и среди детского населения. В настоящее время достаточно хорошо изучены вопросы этиологии и патогенеза, диагностики лечения туберкулеза. Перечисленные в статье данные указывают на необходимость активного выявления бациллярных форм туберкулеза среди взрослых методом микроскопии, которые являются основными источниками

заражения детей. Важно систематизировать правильное планирование детей из группы риска, повысить фтизионастороженность среди специалистов первичной медико-санитарной помощи.

**Ключевые слова:** фтизионастороженность, клиническая структура, лимфаденит, патоморфоз, проба Манту.

**Материалы и методы:** Для проведения данного исследования нами использованы материалы статистических отчетов (форма 089/у, список пациентов по форме №8, медицинская карта стационарного больного форма 003/у).

**Результаты и обсуждения.** За последние три года (2012-2014гг.) заболеваемость среди детей снизилась с 6,5 до 5,5 на 100 тыс. населения. Но возрос удельный вес вторичных форм туберкулеза с 30,3% в 2012г. до 32,0% в 2014г.

Таблица 1 - Клиническая структура у детей с туберкулезом легких (%)

Клинические формы туберкулеза	2012г		2013г		2014г	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
Первичный туберкулезный комплекс	1	1.7	4	8.1	3	5.3
Туберкулез внутригрудных лимфоузлов	19	33.9	12	24.4	16	32
Диссеминированный туберкулез	1	1.7	1	2.0	1	2
Инфильтративная форма	17	30.3	14	28.5	16	32
Очаговый туберкулез	2	3.5	1	2.0	1	2
Туберкулезный плеврит	7	12.5	13	26.5	10	20
Туберкулез др.органов	9	16.0	4	8.1	3	5.3
Всего	56	100,0	49	100,0	50	100,0

Из таблицы №1 видно, что в структуре заболеваемости преобладает туберкулез внутригрудных лимфоузлов (33,9-24,4-32). Наметилась тенденция к уменьшению туберкулеза др. органов(16,0-8,1-5,3).

Вместе с этим увеличились случаи вторичного туберкулеза – инфильтративного туберкулеза, эпидемиологически опасной формы (30,3%-28,5%-32%). Вышеуказанные данные свидетельствуют о несвоевременной диагностике туберкулеза среди детей, что требует повышения фтизионастороженности у педиатров первичной медико-санитарной помощи. Возрастной состав детей с впервые выявленным туберкулезом легких представлен в таблице №2.

Таблица 2 - Распределение больных туберкулезом детей по возрастам

2012-2014г.г.	0-5лет		6-12лет		13-14лет	
	Абс.чис	Уд.вес	Абс.чис	Уд.вес	Абс.чис	Уд.вес
2012г.	5	8,9	24	42,8	27	48,2
2013г.	11	22,4	18	36,7	20	40,8
2014г.	15	30,0	25	50,0	10	20,0

Данные таблицы № 2 свидетельствуют об увеличении заболеваемости туберкулезом детей в возрасте 0-5 лет с 8,9 на 100 тыс.нас. в 2012г. до 30 в 2014г. Учитывая, что эти дети в основном неорганизованные, такое негативное положение требует расширения работы по своевременному выявлению взрослых больных бациллярными формами туберкулеза методом микроскопии, исследования мокроты на микобактерии туберкулеза у пациентов с грудными жалобами.

Увеличивается заболеваемость детей в возрасте 6-12 лет: с 42,8 на 100 тыс.населения в 2012г., до 50,0 - в 2014 г. Уменьшается заболеваемость в возрасте 13-14 лет: с 48,2 до 20 соответственно. Эти данные дают нам право считать, что дети школьного возраста, в особенности 6-12 лет, должны быть включены в группу риска с регулярной ежегодной постановкой пробы Манту.

**Выводы:** вышеперечисленные данные свидетельствуют об интенсивности выявления бациллярных форм туберкулеза среди взрослых больных методом микроскопии, которые являются основными источниками заражения детей. Важно систематизировать правильное планирование детей из группы риска, повысить фтизионастороженность в сетях ПМСП.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Скребцов Б.А. Особенности течения туберкулеза у детей//Фтизиопульмонология – 2006- №1 –С.13-15.

## ТҮЙІН

**Р.М. Мамбетова** - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің балалар бөлімшесінің меңгерушісі  
[raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

### ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА 2012-2014жж. БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗБЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ДИНАМИКАСЫ

Мақалада 2012-2014ж.ж. ОҚО бойынша балалар арасындағы туберкулездің жас ерекшеліктері мен дер кезіндегі анықталмауына талдау жүргізілген. Соңғы үш жылда балалар арасында аурушандық 100 мың халық санына шаққанда 6,5-тен 5,5 –ке төмендеген. Дер кезінде анықталмаған туберкулездің деңгейі (екіншілік туберкулез) 30,3-тен 32,0-ге көтеріліп отыр. Сол себептен алғашқы медициналық- санитариялық көмек көрсету мекемелеріндегі педиатрлардың фтизиоқырағылығын көтеру қажет.

**Кілт сөздер:** фтизиоқырағылық, клиникалық түрлері, лимфаденит, патоморфоз, Манту сынағасы.

## RESUME

**R.M.Mamvetova**-head. children's department. of Shimkent. [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

### COMPARATIVE DYNAMICS OF TUBERCULOSIS CHILDREN IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION IN 2012-2014.

The article analyzes and studies the dynamics of tuberculosis, age structure and timely detection of tuberculosis in children in South Kazakhstan for 2012-2014g.g. Over the past three years, the incidence among children declined from 6.5 to 5.5 per 100 thousand. Naseleniya.Izucheny causes of late diagnosis (secondary tuberculosis) -30.3 to 32.0. It is necessary to increase the ftizionastorozhennost pediatricians of primary health care (PHC hereinafter).

**Key words:** Phtisio alertness, clinical structure, lymphadenitis, pathomorphosis, Mantoux test.

УДК 616.25-002-036

**Р.М. Мамбетова**-- заведующая детским отделением, Городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

**Г.А.Сагимбекова**-внелегочный фтизиатр, Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, [bibinaz@mail.ru](mailto:bibinaz@mail.ru).

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ

## АННОТАЦИЯ

Целью данного исследования явилось изучение частоты распространенности экссудативных плевритов туберкулезной этиологии и причин поздней диагностики. Предложены меры для практического здравоохранения по улучшению данных показателей. Выводы: Частота плеврального выпота туберкулезной этиологии среди всех плевральных выпотов различного происхождения не превышает 13-25%. Наряду с этим, ряд исследователей отмечают высокий процент плевритов у больных туберкулезом от 35% до 55%. Экссудативные плевриты характеризуются как выраженной симптоматикой, имеющей место у 70-80% больных, так и наличием бессимптомных и малосимптомных форм у 7-10% больных, что приводит к поздней верификации точного диагноза.

**Ключевые слова:** плеврит, бессимптомное течение, выпот, верификация, тубконтакт

**Матералы и методы.** В Шымкентском городском противотуберкулезном диспансере за период 2011-2013г.г. пролечено 60 больных с экссудативным плевритом. Нами пранализированы своевременность диагностики и результаты лечения, а также объем комплекса методов исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В возрасте 18-20 лет было 9 (15%) больных, 21-30 лет 30 (50%), 31-40 лет 18 (30%), 41-50 лет -2(3,4%), 50 лет и старше -1(1,6%). Женщин было - 34(56,7%),

мужчин - 26(43,35). Безработные из общего числа заболевших составили 63,3% . Из анамнеза заболевания контакт с больным туберкулезом установлен у 17(28,3%). При экссудативных плевритах острое начало заболевания имело место у 20 (33,3%) больных, подострое начало - 19(31,6%), хроническое - у 12(20,1%) , и у 9 (15%) - бессимптомное. В связи с различным клиническим течением отмечены разные сроки госпитализации. В течение 1-10 суток с момента заболевания госпитализировано 12(20%), через 11-30 дней -16(26,7%), в сроки 1 месяц и более 14 (23,3%), свыше 1-го месяца - 18(30%). Сопутствующие заболевания установлены у 29 (48,3%) больных, из них сахарный диабет у 3(5%), болезни желудочно-кишечного тракта - 8(13,3%), хронические неспецифические заболевания легких - 9(15%), гипертоническая болезнь - 4(6,7%), ишемическая болезнь сердца - 3(5%) больных. От общего числа больных более половины (56,6%) до поступления с стационар лечились и наблюдались у терапевтов, 12% у хирургов, 3,3% у онкологов 4,7% у врачей фтизиатров (первичное обращение или консультативные), а 24,1 % больных вовсе не наблюдались и не лечились. Если 68,6% больных плевритом наблюдались и лечились до наступления в стационар у терапевтов и хирургов, то лишь 4,7% их были под наблюдением фтизиатров.

Всем больным проводились рентгенологические исследования и диагностические пункции с анализом клеточного состава и микробиологическим исследованием выпота, а в 8 случаях была выполнена компьютерная томография, у 14 больных произведено УЗИ, у 4 - бронхоскопия с биопсией. Необходимо отметить редкое использование ультразвукового метода исследования. УЗИ является высокочувствительным информативным,неинвазивнымрадиационно-безопасным методом исследования. При исследовании плеврального экссудата серозный характер констатирован у 30(50%) больных, серозно-геморрагический у 2(3,3%), геморрагический у 3(5%) больных. Изучение клеточного состава выпота выявило преобладание лимфоцитов у 48(80%)больных, нейтрофильный характер установлен у 8 (13,3%) больных, атипичные клетки и эозинофильнообнаружены в одном случае. При бактериологическом исследовании экссудата микобактерии туберкулеза обнаружены у 4(6,6%) больных.

Лечение больных проводилось комплексное: аспирация выпота, этиотропная терапия, введение в плевральную полость фибринолитических препаратов, кортикостероидов и др. Однако, из-за поздней госпитализации у 9(15%)имелись осложнения плеврита (2эмпиемы и у 7 больных на плевре образовались массивные спайки). На основании комплексного обследования экссудативный плеврит туберкулезного генеза установлен у 55 (91,7%) больных, в остальных 3(5%) случаях плевриты были опухолевой этиологии и кардиогенные - 2(3,3%). При рентгенологическом обследовании легких экссудативный плеврит был осложнением следующих форм туберкулеза легких: инфильтративного – у 54(90%), диссеминированного – у 3(5%), очагового у 3(5%) больных. В данном контексте практически значимым является сопоставление динамики заболеваемости экссудативным плевритом и заболеваемости туберкулезом органов дыхания в интенсивных показателях (таблица№1).

Таблица 1 - Динамика заболеваемости экссудативным плевритом и заболеваемости туберкулезом органов дыхания на 100 тыс населения за 2011-2013гг.

Клиническая форма туберкулеза	2011	2012	2013
экссудативный плеврит	16,6	12,0	12,7
туберкулез органов дыхания	99,1	99,0	97,1

По таблице №1 видно постепенное снижение заболеваемости с анализируемой патологией, что является показателем наметившегося улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу

В целом следует отметить, что туберкулезом плевры преимущественно страдают лица молодого возраста в 1/3 случаев имевших контакт с больными бациллярным туберкулезом.

В данной категории больных плевриты характеризовались как выраженной симптоматикой имевшей место в 33,3% больных, так и наличием стертой клинической картины у 35,1%, что в 53,3% случаев явилось причиной поздней диагностики.

Туберкулез плевры у анализируемых больных – в 48,3% случаев протекал на фоне сопутствующих заболеваний. Изучение стандартных рентгенограмм и данных компьютерных томограмм органов грудной клетки больных свидетельствует о том, что туберкулезный экссудативный плеврит редко является изолированной патологией, и в нашем материале у 55(91,7%) больных наряду с плевритом имелись поражения легких с участками деструкций.Наличие геморрагического экссудата не является исключением при патологии плевры туберкулезной этиологии. Больные с туберкулезным плевритом до поступления во фтизиатрический стационар в 63,6% случаев лечились и наблюдались у терапевтов и хирургов, что требует у них повышения фтизиатрической настороженности.

**Выводы:** В настоящее время в диагностике экссудативных плевритов различной этиологии, необходимо применение широкого комплекса методов диагностики (тораковидеоэндоскопии) – как более совершенного метода исследования, позволяющих дифференцировать диагноз на бактериологическом, цитологическом, морфологическом уровнях.



## ЛИТЕРАТУРА

- 1.Егенова.Л.П. Методы диагностики и лечения плевритов//Фтизиопульмонология-2005-№17 –С.122-127.
- 2.Исмаилов.Ш.Ш., Егенова Л.П., Берикова Э.А., Мусабекова Г.А. Диагностика экссудативных плевритов в клинике фтизиатрии// Актуальные вопросы фтизиатрии (Сборн.научных трудов) –Алматы- 2008- С.24-26.
- 3.Егенова Л.П. Клиническое течение и диагностика экссудативных плевритов //Актуальные вопросы фтизиатрии (Сб.научных трудов) – Алматы – 2002 - С.68-69..
- 4.Касымова Б.М., Чаймерденова С.Ш., Фирсов.В.И., Джамиева Р.К. К ультразвуковому методу исследования экссудативных плевритов у больных туберкулезом легких// Фтизиопульмо-нология- 2003-№2(4). -С.56-57.

## ТҮЙІН

**Р.М.Мамбетова**- Қалалық туберкулезге қарсы диспансердің балалар бөлімшесінің меңгерушісі, Шымкент қ., Қазақстан, [raushan\\_mam@mail.ru](mailto:raushan_mam@mail.ru).

**Г.А.Сагимбекова**- Қалалық туберкулезге қарсы диспансердің өкпеден тыс фтизиатр, Шымкент қ., Қазақстан, [bibinaz@mail.ru](mailto:bibinaz@mail.ru).

## ЭКССУДАТТЫ ПЛЕВРИТТЕРДІҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ

Мақалада туберкулез генезінің экссудатты плевриттерінің таратылуының жиілігі талқыланған. Осы соңғы үш жылда 100 мың тұрғындардан 16,6 дан 12,7ге дейін төмендеді. Диагноздың кеш анықталу себептері талқыланған-53,3%, асқынуы -15%, диагноздағы айырмашылық-8,3%. Осы көрсеткіштерді жақсарту бойынша денсаулық сақтау саласына іс – шаралар ұсынылған.

**Кілт сөздер:** плеврит, симптомсіз ағым, сұйықтық, анықтау, тубкатынас.

## RESUME

**R.M.Mambetova** - head. children's department Shymkent, raushan [mam@mail.ru](mailto:mam@mail.ru).

**G.A. Sagimbekova** - extrapulmonary tuberculosis specialist Shymken, [bibinaz@mail.ru](mailto:bibinaz@mail.ru).

## COURSE FEATURES EXUDATIVE PLEURISY

The paper analyzes the frequency of exudative pleurisy of tuberculous origin. Over the past years, it declined from 16,6 to 12,7 per 100 thousand population. Studied the reasons for late diagnosis of-53.3%, a complication -15%, the differences in the diagnosis of- 8.3%. The measures for practical public health data to improve performance.

**Keywords:** pleurisy, asymptomatic, effusion, verification, tubkontakt.

**Г.К. Нуржанов** – главный врач, Сайрамский межрайонный противотуберкулезный диспансер, ЮКО, с. Аксукеент – [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**М.И. Кошанов** – врач-эпидемиолог, Сайрамский межрайонный противотуберкулезный диспансер, с. Аксукеент, ЮКО, – [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СУЩЕСТВУЮЩИХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

## АННОТАЦИЯ

**Цель работы:** Определить значение и эффективность существующих организационных форм лечения больных впервые выявленным туберкулезом легких на основе оценки их психического и социального статуса.

**Ключевые слова:** туберкулез, психическое состояние, эффективность лечения.

**Задачи исследования:** 1. Изучить особенности психики больных впервые выявленным туберкулезом. 2. Оценить в динамике психическое состояние больных впервые выявленным туберкулезом легких, находящихся на разных режимах лечения: в дневном стационаре, в амбулаторных условиях и в круглосуточном стационаре. 3. Определить эффективность лечения больных впервые выявленным туберкулезом легких в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров.

Организация лечения туберкулеза легких в современных условиях нередко затрудняется наблюдающимися у больных изменениями психики (Бабич А.И., 1976, Невзорова Т.А., 1985, Чернышова Л.Н., 1988, Kulpa A., 1980). «Нет ни одной болезни, где бы психика во всех ее проявлениях играла такую роль, как при туберкулезе легких, начиная с момента возникновения до ее конца», - писал Берлин-Чертов С.В. (1948). Очевидно, больных следует рассматривать как «систему организм – личность», где неадекватные личностные реакции, отношение к болезни в значительной мере могут быть одними из отрицательных факторов, затрудняющих излечение от туберкулеза.

Особенно велико значение личностного фактора на начальных этапах заболевания, когда формируются основные тенденции приспособительного поведения, отношение к болезни, которые влияют как на результаты антибактериальной терапии, так и во многом определяют уровень фактической адаптации, достигаемой больным (Панкратова Л.Н., 1988, Серегин И.Д., Ерхов И.С., Собчик И.Д., 1986).

Наличие изменений психического статуса у больных впервые выявленным туберкулезом легких подтверждаются работами ряда авторов (Мясищев В.Н., 1972, Никольская М.З., 1986, Фельдман Н.Б., 1988, Шестакова А.Л., 1990). Продолжительность пребывания в стационарных условиях для большинства больных туберкулезом, по многим параметрам, является моментом, основополагающим в развитии личностных отклонений (Кошелева Г.А., 1987, Schoeman I.H., 1991).

Длительность лечения и складывающееся ложное представление о состоянии собственного организма зачастую ведут к разного рода нарушениям пациентами больничного режима (Рудой Н.М., Джохадзе В.А., Чубаков Т.Ч., 1994). Как показывают исследования, проведенные Серегиним И.Д. (1992), 54% больных негативно относятся к пребыванию в стационарных условиях. Вместе с тем, по мнению автора, для определенной категории лиц имеются и положительные стороны в длительном стационарном лечении. Так, 24% больных положительно рассматривают пребывание в стационаре, возможность отдохнуть, не выходить на работу.

У большинства больных имеются психопатологические отклонения, связанные с их неадекватным отношением к болезни (Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И., 1991). Это связано, с одной стороны, с самооценкой больными своего самочувствия и трудоспособности, а с другой стороны - со сложившейся в связи с заболеванием новой, неблагоприятной, с точки зрения больных, ситуации продолжительного лечения в стационаре. Такая ситуация характеризуется; ослаблением социальных связей, контактов с семьей, нерабочим состоянием снижением индивидуального и социального функционирования (Зайцев О.С., 1987 Кошелева Г.А., 1987).

По данным Лаву С.Л. и Федоренко Е.Г. (1990), Шульгиной Э.М. и Имермак К.Л. (1993), у 43% больных, у которых до начала противотуберкулезной терапии не обнаруживали психологических нарушений, на том или ином этапе стационарного лечения возникала невротическая симптоматика различной степени выраженности. В то же время, лечение без отрыва от семьи, а ийогда и без отрыва от производства оказывало на больных положительное психологическое воздействие (Нечаева О.Б. 1994, Валиев Р.Ш., 1989). Лечение в стационаре относится к наиболее дорогостоящим разделам медицинской помощи, поэтому рациональное использование больничных коек в современных экономических условиях является актуальной и важной задачей отечественного здравоохранения (Урсов И.Г., 1992).

При этом существенное значение приобретает изучение и анализ: эффективности терапии больных при различных организационных формах лечения с учетом их психологических особенностей (Зайцев О.С., 1987, Кошелева Г.А., 1990). В условиях нарождающегося рынка труда, сложных экономических и бытовые взаимоотношений, амбулаторные методы лечения приобретают особое значение для быстрого и эффективного лечения туберкулезного процесса в легких и раннего возврата больных в привычные условия семейной жизни и трудовой деятельности.

**Результаты и обсуждение.** 1. Психическое состояние больных впервые выявленным туберкулезом легких определяется преобладанием депрессивных реакций: у большинства больных выявляются тревожная депрессия, ипохондрическая и паранойяльная депрессия реже шизотимная. 2. Выбор организационной формы терапии больным с впервые выявленным туберкулезом легких (при отсутствии медицинских противопоказаний) определяется его социальным статусом: чем выше социальный статус пациента, тем более вероятно предпочтение им амбулаторного лечения. 3. Динамика психического состояния больных в процессе лечения определяется его организационной формой: пребывание в дневном стационаре и в амбулаторных условиях способствует нормализации психического состояния, а в круглосуточном стационаре - приводит к усугублению психических расстройств. 4. Эффективность лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких ограниченной распространенности в дневном стационаре и в амбулаторных условиях несколько выше, чем эффективность терапии в круглосуточном стационаре.

5.Стоимость проведения основного курса лечения больному впервые выявленным туберкулезом легких ограниченной протяженностью в амбулаторных условиях в 2,9 раза меньше, чем в круглосуточном стационаре и в 1,15 раза - чем в дневном стационаре. Стоимость основного курса лечения в дневном стационаре в 2,5 раза ниже по сравнению с круглосуточным стационаром.

**Выводы.** 1. Больные впервые выявленным туберкулезом легких ограниченной протяженности (в пределах 3-х сегментов) без бактериовыделения или с бактериовыделением, без деструкции или с полостями распада могут лечиться, помимо круглосуточного стационара, в дневном стационаре или амбулаторно. 2. При решении вопроса о выборе организационной формы лечения необходимо учитывать: желание больного; материальное положение; жилищные условия; семейное положение; образовательный уровень; характер работы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богадельникова И.В., Сорокина Л. А., Жариков Н.М. Психологические исследования больных туберкулезом легких при различных режимах лечения. 8-ой Национальный конгресс по болезням органов дыхания: тезисы докладов. – М., - 1998, - № 404.

2.Калинина М.В., Богадельникова И.В., Малиев Б.М., Шариков Н.М., Перельман М.И. Психическая оценка больных с впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах лечебного процесса // Пробл. туберкулеза,-1999. - № 4 - С.7-10.

#### ТҮЙІН

**Ғ.Қ. Нұржанов** – Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Ақсуқент ауылы, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**М.И. Қошанов** – Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің эпидемиолог-дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Ақсуқент ауылы, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

#### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИ АЛҒАШ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ДӘРЕЖЕСІН БАҒАЛАУ НЕГІЗІНДЕ ЕМНІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛҒАН ФОРМАСЫ БАРЫСЫНДА ТИІМДІЛІГІНІҢ АНЫҚТАЛУЫ

**Жұмыстың мақсаты:** психикалық және әлеуметтік дәрежесін бағалау негізінде өкпе туберкулезі алғашқы рет анықталған науқастарды емдеудің ұйымдастырылған формасының тиімділігі мен мағынасын анықтау. Зерттеу міндеті: 1.Алғаш туберкулез анықталған науқастар психикасының ерекшелігін зерттеу. 2.Емделудің әр түрлі режимінде: күндізгі стационарда, амбулаториялық жағдайда және тәулік бойғы стационарда жатқан өкпе туберкулезі алғаш анықталған науқастардың психикалық жағдайын динамикада бағалау. 3.Өкпе туберкулезі алғаш анықталған науқастардың емнің тиімділігін амбулаториялық, күндізгі және тәулік бойғы стационарда анықтау. Шектеулі ұзақтығымен (3 сегмент шегінде) өкпе туберкулезі алғашқы рет анықталған науқастар бактерия бөлінуінсіз немесе бактерия бөлінуімен, деструкциясыз немесе ыдыраудың қуыстарымен тәулік бойғы стационардан басқа, күндізгі стационарда немесе амбулатория арқылы емдей алады. Емнің ұйымдастырылған формасын таңдау жөніндегі сұрақты шешу барысында төмендегі мәселелерді назарға алу қажет: Науқастың қалауы. Материалдық жағдайы.Өмір сүру жағдайы. Тұрмыстық жағдайы. Білім дәрежесі. Жұмысының сипаты.

Тірек сөздер: туберкулез, психикалық жағдай, емнің тиімділігі.

#### SUMMARY

**G.K. Nurzhanov** – chief doctor of Sayram interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Aksukent, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**M.I. Koshanov** – epidemiologist of Sayram interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Aksukent, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

#### DETERMINE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS WITH THE EXISTING ORGANIZATIONAL FORMS OF TREATMENT BASED ON AN ASSESSMENT OF THEIR MENTAL AND SOCIAL STATUS

Work purpose: Determine the value and effectiveness of existing institutional forms of treatment of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis based on an assessment of their mental and social status. Research problems: Study features of mental patients newly diagnosed with tuberculosis; To assess the dynamics of the mental state of patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis at different modes of treatment: day hospital, in an outpatient setting and in hospitals; Determine the effectiveness of treatment of patients with newly diagnosed

pulmonary tuberculosis in an outpatient setting, in a day, and hospitals. Patients with newly diagnosed pulmonary tuberculosis limited length (within 3 segments) without smear or smear, without destruction or decay cavities can be treated, in addition to hospitals, day care or outpatient. When deciding on the choice of organizational form of treatment must be considered: The desire of the patient; - financial situation;- living conditions;- marital status;- educational level.

Key words: tuberculosis, mental state, the effectiveness of treatment.

**Г.К. Нуржанов** – главный врач Сайрамского межрайонного противотуберкулезного диспансера ЮКО. с. Аксукеңт – [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**М.И. Кошанов** – врач-эпидемиолог Сайрамского межрайонного противотуберкулезного диспансера ЮКО. с. Аксукеңт – [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

## ПИТАНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ВАЖНАЯ ЧАСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

### АННОТАЦИЯ

Питание является одной из важнейших составляющих лечения больных туберкулезом. В настоящее время с учетом современного уровня знаний следует отметить, что не столько количество пищи, сколько ее качественный состав играет роль главного лечебного фактора при туберкулезе. Задачи исследования: 1. Обеспечение физиологической потребности организма больного полноценным питанием в условиях повышенного распада белка и напряженного обмена жиров и углеводов. 2. Повысить защитные силы организма, направленные против инфекции, и уменьшить явления интоксикации. 3. Способствовать нормализации нарушенного обмена веществ и устранить вторичные расстройства питания организма, обусловленные туберкулезным процессом. 4. Содействовать восстановлению тканей, пораженных туберкулезной инфекцией.

**Ключевые слова:** туберкулез, диета, белки, рацион, кумыс, каллория.

Название науки о туберкулезе - «фтизиатрия» - происходит от греческого слова «истощение». Это названия характеризуют вторичные расстройства питания организма, возникающие при туберкулезе. С другой стороны, первичные расстройства питания организма от полноценного питания служат фактором риска для развития болезни, причиной которой являются микобактерии туберкулеза. Врачи старшего поколения говорили, что сытый человек туберкулезом не заболевает. Эти слова неверны, но действительно, у людей с нормальной или избыточной массой тела туберкулез возникает реже, чем у худощавых и тем более истощенных людей. Все сказанное имеет отношение к диетотерапии больных туберкулезом, особенно при современных особенностях его течения. В настоящее время наряду с существенным общим ростом заболеваемости туберкулезом увеличилась частота его тяжелых, бурно прогрессирующих форм у впервые заболевших.

Главным в лечении впервые выявленного туберкулеза легких или его обострения (рецидива) являются интенсивные режимы приема в течение нескольких месяцев одновременно 4-5 противотуберкулезных препаратов. Естественно, что при такой химиотерапии можно ожидать возникновения побочных эффектов от лекарств. Окончательное устранение инфекции, рассасывание либо отграничение очагов туберкулезного поражения легких остаются задачей самого организма. Отсюда вытекает необходимость укрепления защитных сил организма, преодоления побочного действия противотуберкулезных препаратов, в том числе за счет целенаправленного питания.

Диетотерапия направлена на повышение защитных сил организма, стимуляцию репаративных процессов, нормализацию обменных нарушений, восстановление нарушенных функций и снижение гиперергических реакций. Лечебное питание должно строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов.

**Результаты и обсуждение.** При массе тела больного ниже нормы и прогрессирующем похудании показано назначение усиленного питания, которое предусматривает повышение энергетической ценности диеты на 1/3 по сравнению с должной. Не следует прибегать к усиленному питанию при выраженных нарушениях деятельности желудка, кишок, печени и сердечно-сосудистой системы. Ранее практиковавшееся более значительное повышение энергетической ценности рациона, так называемое избыточное питание, себя не оправдало. Оно ведет к перегрузке органов пищеварения, межточного обмена, перенапряжению

регуляторных механизмов, ослаблению защитных сил и повышению алергизации организма. О благотворном влиянии усиленного питания свидетельствует не столько увеличение массы тела, сколько улучшение аппетита, настроения и появление бодрости. Вместе с тем, если масса тела больного при этом не увеличивается, необходимо пересмотреть качественный состав пищи.

Ранее практиковавшееся употребление большого количества жира не рекомендуется, так как он оказывает отрицательное влияние на организм. Избыток жира в рационе способствует ацидотическому сдвигу, затрудняет деятельность органов пищеварения, вызывает понос, жировую инфильтрацию печени, угнетает и без того часто пониженную секрецию желудка и аппетит. Быстрая насыщаемость ведет к недостаточному введению в организм белков, витаминов и минеральных веществ. В настоящее время обоснована целесообразность некоторого ограничения количества жиров в рационе в период активизации туберкулезного процесса (до 1 г на 1 кг массы тела) и нормального количества жиров (1,5 г на 1 кг массы тела) в фазе ремиссии. Следует отдавать предпочтение сливочному маслу и растительным жирам. Последние являются основным источником незаменимых жирных кислот.

При туберкулезе наблюдается повышенная потребность в витаминах (ретинол, аскорбиновая кислота, эргокальциферол, 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.). 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 на течение туберкулеза.

К числу распространенных методов диетотерапии при туберкулезе относится кумысолечение. Один литр кумыса из кобыльего молока обеспечивает организм 1633 кДж (390 ккал) и содержит белка 16 г, жиров 10 г, лактозы 50 г, аскорбиновой кислоты 90 мг и около 20 г спирта. Рекомендуется назначать кумыс по одному стакану 5—6 раз в день. Кумысолечение противопоказано при остропротекающих и хронических нагноениях в легких и плевре (абсцесс, бронхоэктазы, пиопневмоторакс),

#### **Выводы.**

1. При обострении туберкулеза легких с явлениями лихорадки и интоксикации назначают диету пониженной энергоценности (2300-2400 ккал) за счет равномерного уменьшения белков, жиров и углеводов.
2. В случаях резкого истощения больных (белково-энергетической недостаточности 2-3-й степени) на фоне угнетения аппетита обычное питание дополняют или временно заменяют искусственным питанием - энтеральным (зондовым) и/или внутривенным. При переходе на обычное питание (т.е. через рот) в рацион желательно включать специальные диетические питательные смеси.
3. При плеврите с выпотом жидкости в полость плевры пищу готовят без поваренной соли, 3-4 г которой больной при желании может использовать для подсаливания блюд.
4. При туберкулезе кишечника, а также брюшины вне обострения диета может соответствовать рассмотренным выше общим требованиям к питанию больных туберкулезом, но с исключением острых, жареных, трудноперевариваемых продуктов и блюд, источников грубой клетчатки.
5. При туберкулезе гортани дают протертую и желеобразную пищу: протертые супы, молочные жидкие каши, мясные, овощные и фруктовые пюре, яйца всмятку, омлеты, суфле, сметану, сливки, муссы, желе, а также консервы и концентраты детского и диетического питания.
6. При костно-суставном туберкулезе питание может соответствовать изложенным выше общим требованиям к диете больных туберкулезом легких с обязательным высоким содержанием легкоусвояемых белков, кальция и фосфора за счет молочных продуктов, а также витаминов, в том числе витамина D.
7. При туберкулезе почек, который считается самой распространенной формой внелегочного туберкулеза, прежде всего, учитывается состояние функции почек, и при развитии почечной недостаточности диетотерапия должна соответствовать питанию при заболеваниях почек.
8. Представленные рекомендации по питанию при разных формах и локализациях туберкулеза научно обоснованы, но имеют обобщенный характер, так как не учитывают множество вариантов клинического течения туберкулеза, а также сочетания туберкулеза с другими заболеваниями

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Справочник по диетологии/ Под ред. А.А. Покровского, М.А. Самсонова.-М.: Медицина - 1981, 704с.
2. Пищевые продукты в лечебном питании/Котов А.И., Корзун В.Н. –Б-ка практ. врача.- К.: Здоров'я, 1985, - 144с.
3. Справочник медицинской сестры по уходу/Н.И.Белова, Б.А.Беренбейн, Д.А.Великорецкий и др. Под ред. Н.Р. Палеева.-М.: Медицина - 1989.-528с.
4. Рациональное питание/Смоляр В.И.-Киев: Наук.думка, 1991.-368с

## ТҮЙІН

**Ғ.Қ. Нұржанов** – Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Ақсукеңт ауылы, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**М.И. Қошанов** – Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің эпидемиолог-дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Ақсукеңт ауылы, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

### ТУБЕРКУЛЕЗ КЕЗІНДЕГІ ТАМАҚТАНУ – ЕМНІҢ МАҢЫЗДЫ БӨЛІМІ

**Жұмыстың мақсаты:** Тағам (тамақ, тамақтану) туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеудің маңызды жасаушысы болып табылады. Қазіргі уақытта білімнің заманауи деңгейін есепке ала отырып, тағамның саны ғана емес, сонымен қатар оның сапалық құрамы да туберкулез жағдайындағы маңызды емдеу факторының рөлін атқарады. Зерттеу міндеті: 1. Ақуыздың жоғарғы деңгейде бөлінуі және май мен көмірсутектерінің қарқынды алмасуы жағдайында науқас ағзасының физиологиялық қажеттілігін толыққанды тағаммен қамтамасыз ету. 2. Инфекцияға қарсы бағытталған ағзаның қорғаушы күшін нығайту және улану симптомдарын төмендету. 3. Бұзылған зат алмасуды қалыпқа келтіруге және туберкулезді процесс себеп болған ағзаның орта тамақтануының бұзылуын жоюға ықпал ету. 4. Туберкулезді инфекциямен зақымданған жасушаларды қалыпқа келтіруге ықпал жасау.

Қорытынды. 1. Ақуыз, май және көмірсулардың бір келкі ыдырау есебінен қызба және интоксикация белгілерімен өкпе туберкулезінің өршуі кезінде энергетикалық құндылығы төмен диета тағайындалады (2300-2400 ккал). 2. Науқастардың жылдам азуы жағдайында (ақуызды-энергетикалық жетіспеушіліктің 2-3 деңгейі) тәбетінің тежелуі байқалғанда әдеттегідей тағамды жасанды азықтандырады, яғни энтеральды және тамыршілік жолдармен толыққанды немесе уақытша алмастырады. Әдеттегі тағамға ауысу кезінде (яғни ауыз арқылы) рационға арнайы диеталық нәрлі қоспаларды қосқан жақсы. 3. Плевра қуысына сұйықтық жиналған плевритте тамақ тұзсыз дайындалады, науқасқа қажетіне қарай 3-4 гр тұз қолдануға болады. 4. Ішек, сонымен қатар ішперде туберкулезінің ремиссия сатысында диета туберкулезбен ауыратын науқастардың жалпы тамақтану талаптарына сәйкес келеді. Ащы, қуырылған, қиын қорытылатын тағамдарды жеуге болмайды. 5. Кеңірдектің туберкулезінде (үгітілген) пюре және қоймалжың тамақ беріледі: үгітілген сорпа, сүт қосылған сұйық ботқа, еттен, көкөністен, жемістен жасалған пюре, жұмсақ күйінде жұмыртқа, құймақ, суфле, қаймақ, кілегей, мусс, балаларға арналған және диеталық консервілер мен концентраттар беріледі. 6. Сүйек-буын туберкулезінде тамақ жоғарыда аталған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастардың жалпы тамақтану талаптарына сәйкес келеді. Тамақ құрамында міндетті түрде тез сіңетін ақуыз, кальций және фосфорға бай сүтті тағамдар, сонымен қатар витаминдер, оның ішінде D витамині көп болуы керек. 7. Бүйрек туберкулезі өкпеден тыс туберкулездің ең көп тараған түрі болып табылады. Бұл кезде бүйректің қызметі ескеріледі. Бүйрек шамасыздығы дамыған кезде диетотерапия бүйрек ауруларының тамақтану тәртібіне сәйкес келуі керек. 8. Туберкулездің әр түрлі формалары мен орналасуындағы тамақтану бойынша берілген ұсыныстар ғылыми негізделген, бірақ жалпылама сипатталып берілген, өйткені туберкулездің клиникалық ағымының варианттарының көптігі және туберкулездің басқа аурулармен қосарлануы ескерілмеген.

Кілт сөздер: туберкулез, диета, ақуыз, тағам мөлшері (рацион), қымыз, калория.

## SUMMARY

**G.K. Nurzhanov** – chief doctor of Sayram interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Aksukent, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**M.I. Koshanov** – epidemiologist of Sayram interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Aksukent, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

### FOOD IN TUBERCULOSIS – AN IMPORTANT PART OF TREATMENT

**Work purpose:** Food is one of the most important components of treatment of patients with tuberculosis. Now taking into account the modern level of knowledge it should be noted that not so much the quantity of food, how many it's qualitative structure plays a role of the main medical factor at tuberculosis. Research problems: 1. Ensuring physiological requirement of an organism of the patient with good nutrition in the conditions of the increased disintegration of protein and an intense exchange of fats and carbohydrates. 2. To increase the protective forces of an organism directed against an infection and to reduce intoxication phenomena. 3. To promote normalization of the broken metabolism and to eliminate the secondary disorders of food of an organism caused by tubercular process. 4. To promote restoration of the fabrics affected with a tuberculosis infection.

1. At an exacerbation of tuberculosis of lungs with the phenomena of fever and intoxication appoint a diet of the lowered power value (2300-2400 kcal) due to uniform reduction of proteins, fats and carbohydrates. 2. In cases



of sharp exhaustion of patients (proteinaceous and power insufficiency of the 2-3rd degree) against appetite oppression usual food is supplemented or temporarily replaced with artificial nutrition - entyoralny (probe) and/or intravenous. Upon transition to usual food (i.e. through a mouth) it is desirable to include special dietary nutritious mixes in a diet.. 3. At pleurisy with a liquid exudate in a pleura cavity the food is cooked without table salt which 3-4 g of the patient at desire can use for a podsalivaniye of dishes. 4. At intestines tuberculosis, and also peritoneums out of an aggravation the diet can conform to the general requirements considered above to food of patients with tuberculosis, but with an exception of sharp, fried products hard to digest and dishes, sources of rough cellulose. 5. At tuberculosis of a throat give the wiped and jellylike food: the wiped soups, milk liquid porridges, meat, vegetable and fruit purees, soft-boiled eggs, omelets, a souffle, sour cream, cream, mousses, jelly, and also canned food and concentrates of baby and dietary food. 6. At bone and articulate tuberculosis food can conform to the general requirements stated above to a diet of patients with tuberculosis of lungs with the obligatory high content of digestible proteins, calcium and phosphorus at the expense of dairy products, and also vitamins, including vitamin D. 7. At tuberculosis of kidneys which is considered the most widespread form of extra pulmonary tuberculosis, first of all the condition of function of kidneys is considered, and at development of a renal failure the dietotherapy has to correspond to food at diseases of kidneys. 8. The presented recommendations about food at different forms and localizations of tuberculosis are evidence-based, but have the generalized character as don't consider a set of options of a clinical course of tuberculosis, and also tuberculosis combinations to other diseases.

**Keywords:** Tuberculosis, diet, proteins, diet, koumiss, calorie.

УДК 616.24-002.5-07-08

**С.Б. Сағымбеков** – м.ғ.к., Облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

**С. Н. Қорғанбаева** – Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің 2 терапия бөлімінің дәрігер-фтизиатры, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, optd\_yuko@mail.ru

**Ж.С. Наурызбаева** – Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің 2 терапия бөлімінің меңгерушісі, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ТАЯҚШАСЫНЫҢ КӨПТЕГЕН ДӘРІЛЕРГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ТАЛДАУ МӘСЕЛЕСІ (2012-2013-2014 ЖЫЛДАР)

### ТҮЙІН

Көптеген дәрілерге тұрақтылығы анықталған науқастарды анықтап, II-қатардағы дәрілермен емдеу жүргізілген жағдайда, емнің нәтижесі оңды болады, қайталанған жағдай төмендейді (тексерілген екі топ) I-топ жаңа жағдай - 97,6%, қайталанған жағдай - 96,7%. Көптеген дәріге тұрақтылығы анықталған науқастардың қайталану жағдайы, жаңа жағдайға қарағанда 3 есе көп кездеседі. Жаңа жағдайда өлім көрсеткіші - 0,7%, қайталанған жағдайда - 2,06%. ҚДТ ТБ қарқынды кезеңінің бастапқы емі ауруханада жүргізіледі.

**Кілт сөздер:** көптеген дәрілерге тұрақты туберкулез, жаңа жағдай, қайталанған жағдай.

Ем нәтижесін анықтау үшін бөлімшеде 2012-2013-2014жылдары ОДКК /орталықталған дәрігерлік консультативтік көмек/ шешімімен IV-санатқа тіркеліп екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрілермен емделген 388 науқастар 2топқа бөлінді. Бірінші топ жаңа жағдаймен тіркелген науқастар саны- 32,4%.

Клиникалық түрлері: Шашыраған өкпе туберкулезімен емделді-3,9%. Инфильтративті туберкулез-96,1%. Екінші топ қайталанған өкпе туберкулезі-67,6%. Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерімен сараптағанда, шашыраған өкпе туберкулезі-2%, инфильтративті туберкулез-72%, фиброзды кавернозды өкпе туберкулезі-26%. Екі топтағы науқастарда инфильтративті туберкулез түрі жоғары, фиброзды-кавернозды туберкулез жаңа жағдаймен тіркелмеген.

12,5% бірінші топтағы,42,5% екінші топтағы науқастарда әр түрлі негізгі аурадың асқынулары аныталды /тыныс алу жетімсіздігі,қан айналым жетімсіздігі,қан құсу,қан қақыру,сирек экссудативті плеврит,екіншілік туб. менингит/. Негізгі диагнозға қосымша көптеген ауырулардың ілеспелі түрде кездесуі: 1. Жаңа жағдайда асқазан ішек ауырулары-19,5% ,қайталанған жағдайда-51% .2.Неврологиялық аурулар жаңа жағдайда-18,7% ,қайталанған жағдайда30,7%. 3. Қант диабеті жаңа жағдайда-7,4% ,қайталанған жағдайда-12,8% .4. Маскүнемдік жаңа жағдайда - 3,4% ,қайталанған жағдайда-10,5%.



Екінші топтағы науқастарда асқыну мен ілеспелі аурулар саны үш есе бірінші топтан жоғары, және ем барысында қосымша диагностикалық тексерулер мен арнайы симптоматикалық емді қажет етеді. Бұған қосымша ем барысында дәрілерге жанама әсерер туындайды.

Екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрілерді қабылдау барысында жанама әсері болуына байланысты сары карта толтырылды - 29,9%. Циклосеринге - 8%, пиазинамидтке - 6,5%, ПАСК-6% , капреоминге - 3%, протионамид - 4%, этамбутол - 2%, левофлоксацин - 0,9%.

Бөлімшеге жатқызылған 388 науқаста бактериоскопия тәсілімен барлығында МБТ+/оң нәтижелі/ №19 бұйрық талабы бойынша ем алдында сұйық коректік орта/бактэк/, және қатты коректік ортада /Л.Йенсен/ дәріге сезімталдық тестін анықтау үшін бактериологиялық зертханаға қақырықтың 3 сынамасы жіберіледі.

Егу жұмысының 3 жылдық көрсеткіші: 1. Жаңа жағдайда бактериологиялық тексеруде МБТ+77%, БТтеріс-23%, сезімділік сақталған - 88,6%, тұрақтылық анықталды - 11,4%, ШЛУТБ - 0,5%. 2. Қайталанған жағдайда МБТ+93,2%, МБТ теріс 6,8%, сезімді-77,3%, тұрақты-22,7%, ШЛУТБ-3,4%.

Бұл көрсеткіште де қайталанған өкпе туберкулезімен емделудегі науқастарда екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрілерге сезімділігі 10% төмен, тұрақтылығы 11% жоғары. ШЛУТБ- үш есе жиі кездескен және барлығы үшінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрімен емделуге арнайы емдеу орнына жолданды. Екі топтағы науқастар стационарда 3-4ай емделіп, бактериоскопияда қақырықта екі рет бірінен кейін бірі МБТ теріс, рентген-томограммада оң нәтижелі өзгеріс, клиника-биохимиялық зерттеулердің қалыпты көрсеткіштеріне қол жеткізгенде амбулаториялық жолмен емді тұрақты мекен жайында жалғастыруға шығарылды.

Ем нәтижесі: 1-ші топта туберкулез таяқшасының жойылуы - 97,6%, 2-ші топта - 96,7%. Бөлімшеде 2012-2013-2014жылдары ем барысында 11-науқас қайтыс болды, жаңа жағдайда-3науқас. /дз: Екі өкпенің инфильтративті туберкулезі ыдырау және шашырау сатысы IV санат МБТ+, ТБМЛУ жаңа жағдаймен 1 науқас қайтыс болды, дз: Екі өкпенің шашыраған туберкулезі IV-санат МБТ +ТБМЛУ, жаңа жағдай - 2 науқас қайтыс болды. Үш науқастың ілеспелі дз; В20 IV клиникалық саты, Вирусты гепатит С. /Туберкулез және ВИЧ екі аурудың қосарлануы салдарынан бұл науқастарда лимфадит-СД-4 төмендеген және екі аурудың клиникалық ағымы өзгеріп ем нәтижесіне кері әсерін тигізеді/ Асқынуы: Өкпе жүрек жетімсіздігі 3 саты. Кахексия-3 саты. Қайталанған өкпе туберкулезімен ем барысында-8 науқас қайтыс болды, барлығында екі өкпенің фиброзды кавернозды туберкулезі, өлім себебі негізгі аурудың үдемелі өршуі.

Тұжырым: Туберкулез таяқшасының көптеген дәріге тұрақтылығы / ТТҚДТ/ анықталған науқас дер кезінде екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрілермен емделген жағдайда ем нәтижесі жоғары, негізгі аурудың асқынулары төмен болады. Жоғарыда көрсетілген екі топқа келетін болсақ: 1-ші топ /жаңа жағдайда/ ем нәтижесі туберкулез таяқшасының жойылуы - 97,6%, қайталанған жағдайда - 96,7%. 2. Қайталанған өкпе туберкулезімен тіркелген науқастар арасында ШЛУТБ жаңа жағдаймен салыстырғанда 3-есе жиі кездеседі. 3. Жаңа жағдайда өлім көрсеткіші - 0,7% қайталанған жағдайда - 2,06%. 4. ТТҚДТ-ғы бар науқастарды тікелей бақылау ем тәртібіне стационарда беймдеу.

## ӘДЕБИЕТТЕР

- 1.Тәбриз Н. С. Фитоактопротекторларды туберкулездің кешенді емінде қолданудың болашағы / Н. С. Тәбриз // Медицина и экология. - 2010. - № 1. - 6-9 бет.
- 2.Тәбриз Н. С. Фитопрепараттардың гепатопротекторлық әсері және оларды туберкулездің кешенді емінде қолдану / Н. С. Тәбриз // Фармацевтический бюллетень. - 2009. - № 11-12. - С. 30-33.
- 3.Өкпенің диссеминирлі туберкулезі диагностикасындағы зерттеу әдістері / У. Т. Макулбаева [және т. б.] // Медицина. - 2015. - №1. - С. 75-76.

## РЕЗЮМЕ

**Б.С.Сагимбеков** –к.м.н.,Областной противотуберкулезный диспансер, Республика Казахстан, г.Шымкент, optd\_yuko@mail.ru

**С.Н.Корганбаева** –врач-фтизиатр 2 терапевтического отделения областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**Ж.С.Наурызбаева** – заведующая 2 терапевтическим отделением областного противотуберкулезного диспансера, г.Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И ИХ ДИАГНОСТИКА (2012-2013-2014 ГОДЫ)

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) при своевременной диагностике и лечения препаратами второго ряда, положительный исход лечения высокий, риск развития рецидивов снижается (исследуемые две группы) I группа (новый случай) исход выздоровления 97,6%

(рецидивов ) - 96,7%. При рецидивах туберкулеза легких ШЛУ ТБ встречается в 3 раза чаще, чем при первичном. Смертность при новых случаях составляет 0,7%, при повторном - 2,06%. При МЛУ ТБ контроль в начале лечения должен быть в стационаре.

**Ключевые слова:** туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, новый случай, рецидив.

#### REZUME

**B.S.Sagimbekov** – MD, chief Physician of regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

**S.N.Korganbaeva** – fthiziatr 2-doktor of the therapeutic department regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

**Zh.S.Nauryzbaeva** – Head 2 therapy department regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, optd\_yuko@mail.ru

#### TREATMENT OF PATIENT WITH MULTIDRUG RESISTANT AND DIAGNOSTICS (2012-2013-2014 YEARS)

Tuberkulez multidrug resistant (MDR-TB) in the early diagnosis and treatment of second-line drugs, a positive outcome of treatment is high, Rick relapse decreases (studied two groups) Group 1 (new case) the outcome of the recovery of 97.6% (relapses) -96.7%. In recurrent pulmonary tuberculosis XDR-TB occurs in 3 times more often than in the primary. Mortality in new cases is 0.7% 2.06% during the second. When MDR-TB control at the berinning of treatment should be in a hospital.

**Key words:** Multidrug-resistant, new event, relapse.

**С.С.Култасова** – врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, 87713875518, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

**Н.Аханова** - врач фтизиатр межрайонного противотуберкулезного диспансера, г. Сарыагаш, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**Г.Сайфуллина** - врач фтизиатр межрайонного противотуберкулезного диспансера, г. Сарыагаш, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

#### ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### АННОТАЦИЯ

**Цель работы:** изучение динамики заболеваемости, ее патоморфоза, возрастной структуры, выяснение особенностей инфицированности и своевременности выявления туберкулеза у детей Южно-Казахстанской области за последние 10 лет. Необходимые данные были получены при анализе статистических отчетов и данных электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» за 2005-2014г. Выводы: Проведенный анализ показал, что снижение заболеваемости туберкулеза у детей в современных условиях не свидетельствует в полной мере об улучшении эпидемиологической ситуации, что требует изучения показателя заболеваемости наряду с анализом взаимосвязи нескольких показателей в динамике, как инфицированность, а также учитывать возрастную и клиническую структуру выявляемого туберкулеза. Также необходима дополнительная интенсификация противотуберкулезных мероприятий среди детей в вопросах профилактики, раннего выявления и лечения.

**Ключевые слова:** инфицированные микобактериями туберкулеза, впервые выявленное, патоморфоз, заболеваемость, проба Манту.

Инфицированность и заболеваемость детей являются объективными показателями эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе. Задачи профилактики, своевременного выявления и лечения туберкулеза у детей в условиях напряженной эпидемиологической обстановки имеют важное значение, так

как качество этой работы в современных условиях будет определять резервуар туберкулезной инфекции в будущем.

**Материалы и методы.** Обработаны сводные статистических отчетов ф.8-здрав и данные, полученные из базы электронного слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» за последние 10 лет: с 2005г. по 2014г.

**Результаты и их обсуждение.** Динамика заболеваемости детей туберкулезом в интенсивных показателях и уровня инфицированности представлены в таблице 1.

**Таблица 1 - Динамика заболеваемости и уровень инфицированности туберкулезом.**

Показатели	Годы									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Заболеваемость	23,6	17,3	16,6	13,5	12,3	9,7	9,5	6,3	5,3	5,2
Темпы снижения	-	<26,7	<4,0	<19,8	<8,9	<21,1	<2,0	<33,6	<15,8	<1,9
Вираз (%)	2,3	2,7	2,0	2,1	3,0	2,3	2,1	1,7	1,8	2,2

Из таблицы 1 следует, что заболеваемость туберкулезом сократилась с 23,6 на 100 тыс.нас. в 2005г. до 5,2 в 2014г., почти в 4,5 раза. Среднегодовые темпы снижения заболеваемости выражены, не систематические, разные и составили 77,1%. Вместе с тем, при резких темпах снижения заболеваемости, первичная инфицированность детей микобактериями туберкулеза остается стабильной 2,3-2,2%

Для оценки степени распространенности туберкулезной инфекции среди населения и в качестве критерия искоренения туберкулеза эксперты ВОЗ предложили считать ежегодный риска первичного инфицирования детей в возрасте до 14 лет - 0,05%[1]. Среднегодовой показатель первичного инфицирования за анализируемый период в области составил 2,2% или в 44 раза выше целевого показателя, рекомендованного ВОЗ. Данные таблицы 1 указывают на диспропорцию между низкими показателями заболеваемости детей туберкулезом и высоким уровнем первичного инфицирования и особенно она выражена в 2014г.

При изучении территориальных показателей диссоциация между уровнем заболеваемости и уровнем инфицированности в разрезе районов области носит различный характер. Так, при областном показателе заболеваемости 5,2, в Отырарском районе и г. Кентау она значительно выше -24,1 и 12,9, соответственно и регистрируется на фоне более низких цифрах виража -1,1% и 1,9%, соответственно. В Ордабасинском районе характер диссоциации диаметрально противоположный, при показателе заболеваемости ниже областного (2,7), уровень инфицированности значительно выше (2,8%).

Отмеченные оба варианта диспропорции между показателями заболеваемости и уровнем инфицированности в указанные годы указывают на несовершенство сегодняшней системы раннего выявления туберкулеза. Установлено, что с помощью туберкулиновых проб - основного метода диагностики, туберкулез у детей в эти годы диагностировался в среднем 44,9% новых случаев, так как детям тубдиагностика делается только среди обязательных плановых возрастов (6-7 лет и 11-12 лет) и не проводится в остальных возрастных группах. Наши данные подтверждают выводы других авторов о том, что имеется настоятельная необходимость восстановления сплошной туберкулинодиагностики среди детского населения, как это было ранее, хотя бы, до значительного улучшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу [2,3]. Несмотря на сокращение заболеваемости за последние 10 лет, не отмечается рост одновременного улучшения патоморфоза выявляемого туберкулеза (таблица 2).

**Таблица 2 - Изменения в клинической структуре впервые диагностированного туберкулеза органов дыхания у детей (%).**

Клинические формы туберкулеза	Годы									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Первичный тубкомплекс	2,5	1,7	0,9	3,9	7,7	3,7	14,6	1,8	8,1	6,0
Туберкулез внутригрудных л/узлов	72,3	68,4	73,0	50,9	40,1	29,6	34,1	33,9	24,5	32,0
Диссеминированная	1,9	-	-	1,0	1,1	2,5	1,2	1,8	2,0	2,0
Милиарная	-	-	-	-	-	1,2	-	-	-	-
Очаговая	1,9	0,9	0,9	1,	1,1	2,5	1,2	3,6	2,0	2,0
Инфильтративная	5,7	17,0	14,8	20,7	26,7	22,2	14,6	30,3	38,5	32,0

Из таблицы 2 видно, что происходит утяжеление клинических форм выявляемого туберкулеза. Снижение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов с 72,3% в 2005г. до 32% в 2014г. Отмечается рост удельного веса первичного туберкулезного комплекса – локальной, менее курабельной формы с 2,5% до 6,0%. Возросли случаи эпидемиологически опасной формы туберкулеза легких- инфильтративной: с 5,7% до 32,0% или в 5,6 раза. Данная форма в 60% случаев характеризуется ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей распада.

Приведенные данные характеризуют высокую тяжесть патоморфоза у первичных больных из-за поздней его диагностики. Возрастная структура заболеваемости туберкулезом детей прослежена с 2005 по 2014 гг. (таблица 3).

**Таблица 3 - Распределение больных по возрастному составу**

Пятилетие	Возраст, годы							
	0-4		5-7		8-14		всего	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
2005-2009	151	24,3	132	21,2	337	54,3	620	100,0
2010-2014	64	20,1	61	19,1	193	60,7	318	100,0

Данные таблицы 3 свидетельствуют, что за последние 10 лет отмечен рост удельного веса возрастной группы 8-14 лет с 54,3% до 60,7% от общего числа заболевших. Не снижается доля заболевших в младшей возрастной группе (0-4 года) и колеблется в пределах 24,3-20,1%. Ранний детский возраст (0-4 года) в современных условиях остается самым уязвимым и трудным для диагностики, что необходимо учитывать при планировании мероприятий по интенсификации противотуберкулезной работы. В 2014г. у 98,8% заболевших детей туберкулез был выявлен при неизвестных контактах, что свидетельствует о наличии среди взрослого населения большого числа неизвестных источников туберкулезной инфекции.

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

**Выводы:** 1. Изучение показателя заболеваемости туберкулеза должна обязательно проводится в взаимосвязи с другими показателями, характеризующими течение туберкулезного процесса в регионе. 2. Необходимо расширить плановые ежегодные обследования детей с помощью туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ во всех возрастных группах, улучшить формирование групп «риска» в детских поликлиниках. 3. Необходимы кардинальные меры по улучшению клинической диагностики туберкулеза у детей в общей педиатрической сети.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков (р-во) // Изд. Питер. -2005.-С.-11.
2. Ильина Г.П. Структура заболеваемости туберкулезом детей в Иркутской области. // Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского Съезда фтизиатров. – М., 2003.-С.-167-168.
3. Александрова Е.Н., Завьялов В.И., Потапова Е.Я. Особенности течения туберкулеза у детей // Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского Съезда фтизиатров. – М., 2003.-С.-153.
4. Бекимбаева Г.С., Серикбаева К.С., Кастыкпаева Л.В. Выявление корреляционной связи заболеваемости детей и подростков в РК с некоторыми эпидемиологическими факторами на современном этапе //Фтизиопульмонология. -2009, - №1(15)-С. -17-18.

#### ТҮЙІН

**С.С.Құлғасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің фтизиатр дәрігері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 877713875518, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Н.Аханова** - ауданаралық туберкулезге қарсы диспансері, Сарыағаш қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**Г.Сайфуллина** - ауданаралық туберкулезге қарсы диспансері, Сарыағаш қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ ДИНАМИКАСЫ

Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша балалар арасындағы туберкулезбен алғашқы сырқаттанушы-лыққа, туберкулез патоморфозына және жасы бойынша сараптамалар жасалынған. Қажетті мәліметтер

статистикалық есеп – қисап нысандарынан (№089/е, ТБ-07,ТБ-08, здрав-8/е) және 2005-2014 жылдар аралығындағы «Туберкулез науқастарының Ұлттық регистрі» туберкулез науқастарын электронды бақылау базасынан алынған. Қорытынды: Өңтүстік Қазақстан облысы бойынша балалар арасындағы туберкулездің негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштеріне сүйене отырып, табылған туберкулез патоморфозының күрделілігі, балалардың залалдануының жоғары деңгейі анықталып отыр. Бұл балалар арасындағы туберкулезді ерте анықтау жұмыстарының жеткіліксіздігін білдіреді. Ондаған жылдар бойы жүргізіліп келе жатқан балалар арасындағы туберкулезді анықтау әдістерінің сапасын төмендігінің және «қауіпті» топтардың дұрыс іріктелмеуін білдіреді. Сонымен қатар, жалпы емдеу саласындағы балалар дәрігерлерінің арасында клиникалық анықтауды және диагностикалық алгоритм ережелерін орындауды қажет етеді.

*Кілт сөздер:* «Туберкулез микобактерияларын жұқтыру, алғаш рет анықталған», патоморфоз, сырқаттанушылық, Манту сынаамасы.

#### SUMMARY

**S.S.Kultasova** – regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**N.Akhanova** - regional antituberculous clinic, c. of Saryagash. Republic of Kazakhstan, [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**G.Saifullina** - regional antituberculous clinic, c. of Saryagash. Republic of Kazakhstan: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

#### DYNAMICS EPIDEMIOLOGICAL SITUACION OF TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

To study the dynamics of the disease, its pathomorphism, age structure, identifying features of infection and timely detection of tuberculosis in children in South Kazakhstan region for the past 10 years. The necessary data were obtained by analyzing statistics and data electronic database tracking tuberculosis patients' National Register of TB patients "for 2005-2014g. Conclusions: The analysis showed that the reduction in the incidence of tuberculosis in children under current conditions does not indicate the full extent of the improvement of the epidemiological situation that requires a study of the incidence, together with an analysis of the relationship of several indicators over time, as the infection, as well as to take into account the age and clinical structure detectable tuberculosis. Also need more intensification of TB control activities among children in the prevention, early detection and treatment.

*Key words:* infected with Mycobacterium tuberculosis, was first detected, pathomorphosis, morbidity, Mantoux test.

УДК 614.4:616-002.5(574.5)

**Б.С.Сагымбеков** – к.м.н., областной противотуберкулзный диспансер Южно-Казахстанской области, г.Шымкент, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**А.К.Сарсенова** – врач эпидемиолог областного противотуберкулзного диспансера ЮКО, г.Шымкент, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Атемов Т.А., Бектемир Т.К.** – врачи фтизиатры, МиО областного противотуберкулзного диспансера ЮКО, г.Шымкент, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ И МЕРЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### АННОТАЦИЯ

В данной статье расписаны все проводимые мероприятия по реструктуризации коечного фонда противотуберкулезной службы ЮКО, с целью обеспечения инфекционного контроля по профилактике передачи нозокомиального туберкулеза (в т.ч. и ТБМЛУ) среди различных категорий больных, профессионального заболевания туберкулезом медицинских работников.

**Ключевые слова:** реструктуризация, инфекционный контроль, туберкулез, здравоохранение.

Для профилактики нозокомиального туберкулеза среди различных категорий больных, профессионального заболевания туберкулезом медицинских работников и создания им безопасных условий труда в 2011 году был разработан комплексный план реструктуризации и инфекционному контролю противотуберкулезных организаций в Южно-Казахстанской области. План был согласован с директорами НЦПТ и ДКСЭН по ЮКО и утвержден начальником УЗ ЮКО. Целью комплексного плана является

стабилизация эпидемиологической ситуации в области по туберкулезу, разделение потоков больных по их эпидемиологическому статусу и результатам теста на лекарственную чувствительность микобактерий (ТЛЧ). Поставлены задачи по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, обеспечению противоэпидемических мероприятий и контроля за ситуацией по туберкулезу в области, обеспечению соответствующего инфекционного контроля в ПТО и снижение роста устойчивых форм туберкулеза в области, и ускоренной диагностики туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (на аппаратах ВАСТЕС MGIT 960 на жидких средах и G-Xpert).

Для обеспечения эпидемиологических мероприятий на начальных этапах реструктуризации коечного фонда и контроля за ситуацией по туберкулезу были предусмотрены: 1. Перепрофилирование и реструктуризация противотуберкулезных организаций области, разделение потоков больных по эпидемиологическому моностатусу и чувствительности к ПТП, формированием межрайонных диспансеров со строгим соблюдением утвержденного профиля стационаров. 2. Изоляция и симптоматическое лечение больных с хронической формой туберкулеза будет предусмотрена в Казгуртском РТД на 40 коек после капитального ремонта. Закрытие маломощных стационаров, не отвечающих требованиям инфекционного контроля.

На основании Постановления Правительства №1263 от 21.12.2007г. «О мерах защиты населения от туберкулеза в РК», приказа МЗ РК № 131 от 14 марта 2011 года «Об утверждении Положения о деятельности противотуберкулезных организаций», был издан приказ УЗО №492-Ө «О госпитализации больных в межрайонные больницы согласно их эпидемиологического статуса» от 31.08.2011г. Созданы 12 межрайонных больниц для госпитализации больных по моностатусу, закрыты 5 маломощных стационаров (Толембийский, Тулькубасский, Ордабасинский, Сузакский и г. Кентау), не отвечающие требованиям инфекционного контроля. 5 вышеуказанных диспансеров стали функционировать без стационаров.

На 1 этапе реструктуризации произошло сокращение стационарных коек с 1790 до 1330. В результате реструктуризации 5 диспансеров на 340 коек функционировали для больных с бацилловыделением с сохраненной чувствительностью (Сайрамский, Арысский, Матааральский, Туркестанский, Сарыагашский РТД) и 4 диспансера – для небациллярных больных с сохраненной чувствительностью на 415 коек. Детское отделение на 80 коек перебазировано в Шымкентский ГПТД. Разделены потоки больных с сохраненной чувствительностью и ТБМЛУ. Больные госпитализируются по бактериологическому моностатусу. В каждом ПТУ имеются изоляционные палаты для больных с подозрением на ТБМЛУ. Приточно-вытяжная система имеется в Сайрамском, Арыском, Туркестанском, Отырарском, Байдибекском РТД и ОПТД.

В областном диспансере открыты три отделения на 220 коек для больных ТБМЛУ, отделение для больных с внелегочным туберкулезом с хирургией на 40 коек, отделение на 55 коек для больных с сохраненной чувствительностью и с сопутствующей патологией, беременных и послеродовых женщин.

С 1.01.2012 года произошло перепрофилирование костно-суставной противотуберкулезной больницы «Балыкши» в санаторий для взрослых.

На базе нового диспансера в Байдибекском районе создан стационар для больных ТБ МЛУ (МБТ-) с низким социальным статусом всей области для проведения поддерживающей фазы. МБТ+ больные с сохраненной чувствительностью Байдибекского и Сузакского районов направляются в Туркестанский РТД. МБТ-больные с сохраненной чувствительностью Байдибекского и Сузакского районов направляются в Отрарский РТД (приказ УЗ ЮКО №13-Ө от 12.01.2012г).

На 2 этапе реструктуризации, в связи с несоответствием санитарно-гигиеническим требованиям, стационар Махтааральского РТД с 1 июля 2012года закрыт и функционирует как диспансер без стационара. МБТ+ больные Махтааральского и Шардаринского районов с сохраненной чувствительностью направляются в Сарыагашский РТД, к 60 койкам которого дополнительно добавили 20 коек, Туркестанский РТД сокращен на 20 коек (приказ УЗ ЮКО №305-Ө от 8.05.2012г.). С 1.08.2012 года койки Казгуртского РТД для симптоматического лечения сокращены на 20(приказ УЗ ЮКО №399-Ө издан 15.06.2012). На 2 этапе реструктуризации сокращены стационарные койки с 1330 до 1260.

В мае 2012 года нашу область посетили специалисты ВОЗ с целью оценки национальной системы наблюдения за качеством проводимых противотуберкулезных мероприятий в РК. Дана положительная оценка качеству проводимых мероприятий противотуберкулезной службы ЮКО. На 3 этапе реструктуризации с учетом выполнения плана койко-дней сокращены стационарные койки с 1260 до 1075 (в ОПТД сокращено - 15 коек, ШГПТД - 40 коек, Арыском – 10 коек, Отрарском- 20, Казгуртском -20, Сайрамском РТД - 20, СОПТЬ-60 коек). На сегодняшний день функционируют 10 диспансеров со стационарами, 7 диспансеров без стационаров.

На 4 этапе – 40 коек Арысского РТД перепрофилированы – для больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью на интенсивной фазе. Сокращено по 10 коек Отырарского и Туркестанского РТД и сокращенные 20 коек переданы в Сайрамскую областную противотуберкулезную больницу (в отделения для больных с широкой лекарственной устойчивостью и симптоматического лечения

В 2013 году в ОПТД проведен капитальный ремонт отделений ТБМЛУ с установкой приточно-вытяжной системы. В мае 2013 года по линии Глобального фонда был приобретен аппарат G-Xpert и



катриджи к нему для проведения ускоренной диагностики туберкулеза и определения чувствительности к рифампицину на генно-молекулярном уровне.

Видеонаблюдение имеется в СОПТБ, Сайрамском РТД, административном корпусе Арысского, Туркестанского РТД. Также в 2013 году выделено финансирование на проектно-сметную документацию для строительства ограждений высотой 2,5-3,0м, исключающих контакт больных туберкулезом с населением, для Арысского, Байдибекского, Қазығұртського, Отырарського, Сайрамського, Сарыағашського, Туркестанського РТД, Шымкентського ГПТД.

В 2014 году выделено финансирование для установки видеонаблюдения на общую сумму 2580,0 тыс. тенге (в Арысском, Шардаринском, Туркестанском РТД и Шымкентском ГПТД по 446,0 тыс тенге, в ОПТД на сумму 796,0 тыс тенге). В 2014 году для строительства сплошных оградительных конструкций выделено для Қазығұртського (39272,0 тыс. тн), Отырарського (22326,0 тыс тн), Байдибекського (23204,0 мың тн), Туркестанського (21998,0 тыс тн).

В конце 2014 года (5 этап) согласно Постановления Правительства №597 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы» нами была разработана и утверждена заместителем Акима области «Дорожная карта по реализации Комплексного плана по борьбе с туберкулезом МЛУ и ШЛУ ТБ» в ЮКО на 2014-2020 годы».

Согласно Дорожной карты 60 коек Сайрамской областной противотуберкулезной больницы сокращены. И в Байдибекском РТД на 55 коек переведены 2 отделения для больных с широкой лекарственной устойчивостью (для бациллярных и небациллярных больных). К 40 койкам Арысского РТД добавили 35 коек – для небациллярных больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью на интенсивной фазе. 60 коек Сайрамской областной противотуберкулезной больницы (45 коек для принудительного лечения и 15 коек – для симптоматического лечения) присоединены к областному противотуберкулезному диспансеру. С 1.06.2015 сокращены 40 коек Шардаринского РПТД. На 5 этапе койки сокращены с 1075 до 970.

Таким образом, в ПТО ЮКО функционируют 8 диспансеров со стационарами на 970 коек (для ТБМЛУ – 295; ТБШЛУ- 55; для больных с туберкулезом с сохраненной чувствительностью МБТ+ - 210; с туберкулезом с сохраненной чувствительностью без бацилловыделения - 180; для детей и подростков - 60; для принудительного лечения - 45; для паллиативного лечения - 15; для больных с внелегочным туберкулезом - 40; для хирургического лечения легочного туберкулеза -70 коек), 690 коек специализированных санаторных групп в действующих детских садах, 3 детских противотуберкулезных санаториев на 500 коек, 1 противотуберкулезный санаторий для взрослых на 230 коек.

В 2015 году профинансировано строительство сплошных оградительных конструкций – Шымкентського ГПТД (14178,0 тыс. тн), Сайрамського (17904,0 тыс. тн), Арысського (22019,0 тыс.тн), Сарыағашського РТД (35998,0 тыс. тн).

Также решился вопрос финансирования проектно-сметной документации строительства сплошных ограждений, реконструкции хирургического корпуса и на капитальный ремонт поликлинического, вспомогательных отделений областного диспансера (9314,0 тыс тенге). Построена миникотельная для для отопления всех отделений ОПТД. В ОПТД в палатах больных установлены солнцезащитные жалюзи на сумму 2469,5 тыс. тенге и обновлены плафоны для освещения на сумму 197,55 тыс тенге. На прогулочных площадках для больных установлены 30 скамеек с козырьком на сумму 700,0 тыс. тенге. В бактериологическую лаборатории ОПТД выделено финансирование на приобретение 8 дезаров на сумму 432,0 тыс тенге..Мероприятия по пациент-ориентированному подходу и по сокращению сроков пребывания больных в стационаре с целью обеспечения инфекционного контроля по профилактике передачи нозокомиального туберкулеза (в т.ч. и ТБМЛУ) по Дорожной карте продолжают.

## ЛИТЕРАТУРА

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг.

Постановление Правительства №1263 от 21.12.2007г. «О мерах защиты населения от туберкулеза в РК»

Приказ МЗ РУ № 131 от 14.03.2011г. «Об утверждении Положения о деятельности противотуберкулезных организаций»

Постановление Правительства №597 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в республике Казахстан на 2014-2020 годы»

## ТҮЙІН

**Б.С.Сағымбеков** – ОҚО облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері, Шымкент қ., e-mail: optd\_yuko@mail.ru

**Ә.Қ.Сарсенова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің дәрігер эпидемиологы, Шымкент қ., e-mail: optd\_yuko@mail.ru



Әтемов Т.Ә., Бектемір Т.К. – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің МжБ тобының дәрігер фтизиатрлары, Шымкент қ, e-mail: optd\_yuko@mail.ru

### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ МЕКЕМЕЛЕРДІҢ ҚАЙТА ҚҰРУЛУЫ ЖӘНЕ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ ІС ШАРАЛАРЫ ТУРАЛЫ

Мақалада Оңтүстік Қазақстан облысында туберкулезге қарсы мекемелерде өткізілген қайта құру және инфекциялық бақылау іс-шаралары туралы баяндалған. Өткізілген іс-шаралар науқастар арасында, сонымен қатар медицина қызметкерлерінің көп дәріге тұрақты туберкулезбен шалдығуының алдын алу үшін бейімделгені мәлімденген.

**Кілт сөздер:** қайта құру, инфекциялық бақылау, туберкулез, .

#### RESUME

**B.S. Sagymbekov** - chief physician of the regional TB dispensary SKO, Shymkent, e-mail: optd\_yuko@mail.ru

**A.K. Sarsenova** - physician epidemiologist Regional TB dispensary SKO, Shymkent, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**T.A. Atemov, T.K. Bektemir** - Doctors with TB, the regional M & E TB dispensary SKO, Shymkent, e-mail: optd\_yuko@mail.ru

#### REGIONAL TUBERCULOSIS DISPENSER RESTRUCTURING AND INFECTION CONTROL MEASURES IN INSTITUTIONS TB SERVICE OF SOUTH KAZAKHSTAN

In this article all conducted measures are painted on restructuring of коечного fund of the antiphthisic serving as ЮКО, with the purpose of providing of infectious control on the prophylaxis of transmission tuberculosis (including and ТБМЛҮ) among the different categories of patients, professional disease tuberculosis of medical workers.

**Keywords:** restructuring, infectious control.

УДК 616-002,5:615.2 (574.5)

**Б.С. Сагимбеков** – к.м.н., главный врач областного противотуберкулезного диспансера, г.Шымкент, Республика Казахстан, optd\_yuko@mail.ru

**Л.А.Жорабаева** – координатор по лекарственному обеспечению областного противотуберкулезного диспансера, г.Шымкент, Республика Казахстан, Leila.zhorabaeva@mail.ru

#### ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### АННОТАЦИЯ

Цель работы: организация лекарственного обеспечения противотуберкулезными препаратами больных, страдающих туберкулезом в ЮКО. Лечение различных форм туберкулеза включает в себя интенсивную и поддерживающую фазы лечения. На каждом этапе лечения больные обеспечиваются противотуберкулезными препаратами по месту жительства с четкой организацией выбора ПТП, распределением ПТП по районам, определением требуемого количества препаратов, хранением и рациональным использованием ПТП.

**Ключевые слова:** туберкулез, лекарственно-устойчивый туберкулез, противотуберкулезные препараты.

В Республике Казахстан основу стратегии борьбы с туберкулезом определяют Постановление Правительства РК №597 от 31.05.2014 г «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы», нормативные акты по туберкулезу, направленные на снижение заболеваемости туберкулеза, МЛУ/ШЛУ ТБ.

Материалы и методы. В ЮКО на 2015 год по оказанию противотуберкулезной помощи населению работают 4 межрайонных противотуберкулезных диспансера, 5 районных противотуберкулезных диспансеров, 3 детских областных противотуберкулезных санатория, один взрослый специализированный санаторий «Балыкшы», специализированная школа-интернат №11, областной психоневрологический диспансер, городской противотуберкулезный диспансер и областной противотуберкулезный диспансер.

Все больные туберкулезом, множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ) обеспечиваются противотуберкулезными препаратами из Республиканского бюджета по программе целевых текущих трансфертов. Препаратами из Глобального Фонда продолжают лечение 20 больных МЛУ ТБ и 1 больной ШЛУ ТБ.

Противотуберкулезные препараты поступают от Единого дистрибьютора на склад ОПТД. Аптека ОПТД располагается на 1 этаже, все препараты хранятся отдельно на специально оборудованных складах: ППР, ПВР и препараты ГФ находятся на разных складах, с соблюдением режима хранения. Все данные прихода регистрируются в НРБТ лекарственный компонент. По области имеется 15 складов ПТП тубучреждений и ОПНД, которые работают в режиме он-лайн в НРБТ. Все ПТУ оснащены компьютерами с доступом в интернет, специалисты ответственные за ПТП в районах обучены для работы в программе.

Противотуберкулезные препараты распределяются по районам по количеству больных и согласно назначениям схем лечения больных ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ, находящихся на лечении в стационарах или на амбулаторном этапе, согласно приказу №360 от 29.12.2014 г.

Ответственные за ПТП (провизора, гл. медсестра) распределяет далее полученные ПТП в отделения стационара, в ПМСП района или в районные отделения МРПТД. Препараты выдаются в стационар и отделения по требованию, в ПМСП – по доверенности и накладной-требованию. Ранее в некоторых районах проводилась практика получения ПТП участками ПМСП в самом райтубдиспансере. Сейчас СВА, ВА, участки получают ПТП только в ПМСП у химизатора, к которому относятся.

В такой же последовательности принимаются отчеты ТБ13 с каждого уровня – химизатор участка → химизатор ПМСП → гл.м/сРТД/провизор ШГПТД → ОПТД. Во всех ПТО и ОПНД имеются журналы регистрации побочных действий, учетно-учетная документация приведена в соответствие с нормативными документами. Отчеты по использованию ПТП во всех ПМСП и РТД формируются на 25 число каждого месяца.

Результаты и обсуждение. Арысский МРПТД имеет в своем составе Ордабасинское отделение, стационар для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью без бактериовыделения. В Арыском районе имеется ПМСП с 9 участками, где получают амбулаторное лечение больные ТБ, МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ. В Ордабасинском районе находятся ПМСП и 12 участков с больными туберкулезом на амбулаторном этапе лечения.

Байдибекский МРПТД включает в себя стационар для лечения больных ШЛУ ТБ, Созакское отделение. Имеется ПМСП с 13 СВА, ВА, ФАПами, где на амбулаторном лечении находятся больные с различными формами туберкулеза. В Созакском отделении – ПМСП с 10 участками и 2 медсанчастями, где также проходят лечение больные с туберкулезом.

Сайрамский МРПТД включает в себя стационар для лечения больных туберкулезом с чувствительными формами, Тюлькубасское и Толебийское отделение. Стационар рассчитан на 60 больных с чувствительными формами туберкулеза с бактериовыделением, ПМСП в структуру которого входят 25 участков для обслуживания на амбулаторном этапе больных туберкулезом.

В Тюлькубасском районе есть тубкабинет, ПМСП с 25 участками, где продолжают лечение больные с ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ. В Толебийском районе на амбулаторном этапе лечения в ПМСП с 23 участками также есть больные с туберкулезом.

Кентаусское отделение относится к Туркестанскому МРПТД. В Туркестанском МРПТД имеется стационар на 50 коек чувствительных больных, ПМСП с 13 ВА, СВА по району, где лечатся больные с ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ. В г. Кентау находятся 2 ПМСП: в одном 16 участков, во втором 8 участков с больными, находящихся на амбулаторном этапе лечения.

В Сарыагашском РТД имеется стационар на 60 коек для лечения больных с чувствительными формами туберкулеза, 3 ПМСП с 19 участками. На амбулаторном этапе лечения находятся больные туберкулезом по I, II и IV категориям.

Отырарская РТБ имеет стационар для лечения МЛУ ТБ больных на поддерживающей фазе лечения (45 больных), ПМСП с 13 ФАП, СВА, которые обеспечивают лечение больных туберкулезом на амбулаторном этапе лечения.

В Казыгуртском, Шардаринском, Махтааральском районах нет стационаров. Больные на амбулаторном этапе лечения получают ПТП в РТД, ПМСП.

В городском противотуберкулезном диспансере г. Шымкента имеется стационар: 2 терапевтических отделения для больных с сохраненной чувствительностью и детско-подростковое отделение для лечения детей с разными формами туберкулеза на 200 коек. В поликлинике ШГПТД есть химизатор, который выдает ПТП в 17 ПМСП города, где на амбулаторном этапе лечения находятся больные с ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ.

В ОПТД есть 3 терапевтических отделения для лечения МЛУ ТБ больных, одно отделения для больных с сохраненной чувствительностью, легочно-хирургическое отделение, отделение внелегочного туберкулеза и реанимационное отделение. Во всех отделениях ведется учетно-отчетная документация по ТБ, правила хранения и температурный режим соблюдаются. В ОПНД имеется отделение для лечения больных туберкулезом, получающих лечение препаратами первого и второго ряда.

В областном детском противотуберкулезном санатории «Ак-Булак» продолжают лечение на поддерживающей фазе дети и подростки с МЛУ ТБ, с ТБ, проводится химиопрофилактика детей и подростков.

В областных детских противотуберкулезных санаториях «Карлыгаш» и «Жансая» оздоровление и химиопрофилактика детей.

В специализированном санатории «Балыкшы» проходят реабилитацию и лечение на поддерживающей фазе больные по I и II категориям, больные с внелегочными формами туберкулеза.

В специализированной школе-интернате №11 Казыгуртского района проводится химиопрофилактика детей.

По области все МРПТД и РТД проводят химиопрофилактику детей и подростков. Изониазид 100 мг выдается химизаторами или ст. м/с в школы, детские сады по требованию-накладной и доверенности.

Выводы. По ЮКО за 9 мес 2015 года абсолютное количество зарегистрированных случаев туберкулеза составило всего 1696, из них по I категории 1125 случаев, по II категории – 571, по IV категории 686. Заболеваемость на 100 000 населения составляет 36,4 случая. Охват лечением противотуберкулезными препаратами по области МЛУ ТБ больных составляет 98% , охват ШЛУ ТБ составляет 100 %.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманова Г. Туберкулезден түнігмеңіз сыркаттану деңгейі төмендеп, өлім көрсеткіші азаюда / Г. Абдрахманова // Казахстанский медицинский журнал. - 2013. - №2. - С. 27-29.
2. Бекмағанбетова Ә. Туберкулездің алдын алу / Ә. Бекмағанбетова // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2014. - №1. - С. 112-113.
3. Тәбриз Н. С. Фитопрепараттардың гепатопротекторлық әсері және оларды туберкулездің кешенді емінде қолдану / Н. С. Тәбриз // Фармацевтический бюллетень. - 2009. - № 11-12. - С. 30-33.

#### ТҮЙІН

**Б.С.Сагимбеков** – м.ғ.к., облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Л.А.Жорабаева** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің дәрі-дәрмек үйлестіруші, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [Leila.zhorabaeva@mail.ru](mailto:Leila.zhorabaeva@mail.ru)

#### ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРМЕН ЖАБДЫҚТАУ

Мақсаты: ОҚО туберкулезбен ауыратын науқастарды туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етуді ұйымдастыру. Қорытынды. Туберкулездің әр түрлі формаларын емдеу қарқынды және қолдау фазаларынан тұрады. Емдеудің әр кезеңінде науқастар туберкулезге қарсы нақты таңдалған препараттармен тұрғылықты әсеріне, туберкулезге қарсы препараттардың аудандар бойынша бөлінуі, қажетті мөлшерінің анықталуы, сақталуы және утымды қолдануы бойынша қамтамасыз етіледі.

Кілт сөздер: туберкулез, дәріге тұрақты туберкулез, туберкулезге қарсы препараттар.

#### SUMMARY

**B.S. Sagimbekov** – MD, chief physician of regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**L.A.Zhorabaeva** - Coordinator of the drug supply regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, [Leila.zhorabaeva@mail.ru](mailto:Leila.zhorabaeva@mail.ru)

#### MEDICAL PROVISION WITH ANTITUBERKULAR PREPARATIONS IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

The aim of the work: organization of medical provision with antitubercular preparations patients suffering from tuberculosis in South Kazakhstan region. Conclusion: Treatment for different forms of tuberculosis consists of intensive and supportive phases of cure. On the lach phase of treatment patients are provided with antitubercular preparations according to their place of living with exact organization of choosing antitubercular preparations,

spreading antitubercular preparations on the regions, identifying necessary amount of preparations, storing and rational using antitubercular preparations.

Key words: tuberculosis, medical-steady tuberculosis, antitubercular preparations.

УДК 616-002.5:615.06

**Л.Т.Касаева** – к.м.н., и.о. доцента кафедры терапевтических дисциплин Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, г.Шымкент, Республика Казахстан, L\_kasaeva@mail.ru

**Л.А.Жорабаева** – координатор по лекарственному обеспечению областного противотуберкулезного диспансера, г.Шымкент, Республика Казахстан, Leila.zhorabaeva@mail.ru

## **ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

### **АННОТАЦИЯ**

Целью работы явилось изучение частоты побочных действий противотуберкулезных препаратов по ЮКО за 2012-2014годы. Для лучшего контроля над ситуацией при ведении больных с ПД врачу клиницисту необходимо понимать причины развития побочных эффектов. Многие побочные эффекты устранимы и не опасны. Зачастую сложно определить виновный препарат, так как взаимодействие различных препаратов также может вызывать отрицательные реакции. До начала лечения ПТП необходимо провести более тщательное клинико-лабораторное исследование фонового состояния пациента для определения общего статуса и возможного риска развития ПД ПТП. На фоне проводимого лечения, как в интенсивной и поддерживающей фазе необходимо мониторинг основных параметров функции органов мишеней для своевременной диагностики нежелательных реакций и проведения своевременной адекватной коррекции. Для больных получающих поддерживающую фазу противотуберкулезной терапии, имеющих ПД ПТП и для их своевременного лечения необходимо обеспечить требуемыми препаратами с формированием заявок на ЛС на уровне ПМСП в соответствии с Республиканским лекарственным формуляром.

**Ключевые слова:** туберкулез, противотуберкулезные препараты, побочные действия, карты сообщения.

Основная цель назначения лекарственного средства - избавление пациента от того или иного заболевания, т.е. восстановление его здоровья. Фармакологический эффект, который при этом оказывает лекарственное средство, называется лечебным и является проявлением его основного действия. Однако, при проведении лекарственной терапии достаточно часто возникают различные осложнения, обусловленные нежелательными влияниями, которые могут оказать используемые лекарственные средств на организм пациента. Такие нежелательные эффекты обозначают термином «побочное действие лекарственного средства».

В соответствии с принятым в настоящее время Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определением к побочному действию (ПД) относят «любую реакцию на лекарственное средство, вредную или нежелательную для организма, которая возникает при использовании его для лечения, диагностики или профилактики заболевания». По данным ВОЗ, осложнения лекарственной терапии находятся на пятом месте среди причин смертности в мире (после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм, болезней легких). Побочные реакции различной степени тяжести развиваются у 10-30% госпитализированных, у 40% амбулаторных больных и являются причиной от 6 до 16% случаев госпитализации. В странах Европы 10-25% бюджета больниц расходуется на лечение осложнений лекарственной терапии. В США в год регистрируется приблизительно 18 000 побочных реакций на лекарственные препараты на один миллион жителей, из них 7900 - серьезные, 380 - со смертельным исходом. Частота развития побочных эффектов, обусловленных действием лекарственного средства, варьирует в достаточно широких пределах. Однако большинство исследователей сходятся во мнении, что чаще всего этот показатель колеблется от 10 до 20 %. При приеме одновременно более пяти препаратов количество побочных реакций увеличивается до 50%.

Одной из причин неэффективного лечения (отрывы от лечения) является отказ больных от продолжения лечения вследствие развития нежелательных реакций противотуберкулезных препаратов. В этой связи можно с определенной степенью уверенности говорить о роли побочных реакций в

формировании туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). В данном контексте проблема нежелательных реакций во фтизиатрии перестаёт быть только медицинской проблемой, она становится социально-экономической проблемой.

В соответствии с приказом и.о. Министра здравоохранения РК №647 от 3 ноября 2009 года «Об утверждении Правил проведения мониторинга побочных действий лекарственных средств в медицинских и фармацевтических организациях» побочное действие – любая непредвиденная и (или) вредная для организма человека реакция, которая возникает при использовании лекарственного средства в рекомендуемых дозах, при которой существует причинно-следственная связь с лекарственным средством.

Материалы и методы. За 2012 год по области оформлено 177 карт-сообщений по побочным действиям ЛС. Наибольшее количество «желтых карт» поступило на циклосерин 250 мг производства «Глобал Фарм», РК - 35 карт-сообщений, ПАСК 12,5г производства «ХФЗ», РК - 29, пизина 500 мг производства «Люпин», Индия - 23. По РТД при лечении больных на амбулаторном этапе поступило 12 карт-сообщений (Сарыагаш, Байдибек, Отырар, Шардара), СОПТБ – 58 карт-сообщений, ШГПТД – 13 карт-сообщений. По ОПТД количество «желтых карт» за 2012 год составляет 101 из них: 1 терапевтическое отделение – 28 карт-сообщений; 2 терапевтическое отделение – 40 карт-сообщений; 3 терапевтическое отделение – 14 карт; 4 терапевтическое отделение – 7 карт; ОРПТ – 8; ОВЛТ – 2; ЛХО – 2 карты-сообщения. За 2013год оформлено 246 карт-сообщений по побочным действиям ЛС. Наибольшее количество «желтых карт» поступило на ПАСК 60% 100г производства «Макеодс», Индия – 90, пипразинамид 500 мг производства «Люпин», Индия – 33, циклосерин 250 мг производства «Глобал Фарм», РК - 30 карт-сообщений, протионамид 250 мг «Люпин ЛТД», Индия – 15, капреомицин 1г «ХФЗ», Казахстан - 11.

За 2014 год по области подано 414 карт-сообщений о побочном действии ПТП. Из их с полной отменой ПТП -373, временной отменой – 42 карт-сообщений (за 2013 год поступило 250 карт-сообщений).

Обсуждения. По данным таблицы следует, что процент отмены ПТП в связи с непереносимостью составляет: Cm – 2%, Am – 0,4%, Pto – 11%, Cs – 14%, Lfx – 2,6%, E – 5%, Z – 12,8%, Pask – 47%, Pask 3% - 0,7%, остальные ПТП составляют менее 1 процента, что соответствует допустимым базовым коэффициентам.

Таблица 1 - Сравнительные данные по побочным действиям ПТП

Описание ПД ЛС	2012 г	2013 г	2014 г
Диспепсические расстройства	79	125	375
Кожные реакции	23	24	45
Гепатотоксические реакции	17	18	21
Боли в суставах	14	18	17
Нарушения деятельности ЦНС	40	42	69
Тугоухость	3	5	10
Снижение уровня зрения	3	3	20

За исследуемые годы видно (таблица 1), что наиболее частым проявлением ПД ПТП являются диспепсические расстройства, причиной которых чаще служит прием ПАСК, тиамидов, пипразинамида, изониазида и этамбутола. Клиническая картина нарушений со стороны ЖКТ разнообразна и проявляется тошнотой, рвотой, снижением или отсутствием аппетита, чувством жжения и дискомфорта в эпигастральной области, болевым синдромом, метеоризмом и нарушением стула. Нарушения купируются щадящей диетой, приемом H2-блокаторов или ингибиторами протонной помпы. Антациды и противорвотные средства применяются по показаниям или постоянно с профилактической целью.

Вторым по частоте является нарушение со стороны ЦНС обусловленные приемом циклосерина, изониазида, фторхинолонов и тиамидов. Характер нейротоксических осложнений зависит от эмоциональной настроенности больного, его приверженности к употреблению наркотиков и алкогольных напитков, перенесенных в анамнезе черепно-мозговых травм и психических заболеваний. Психоневрологические нарушения характеризуется головными болями, повышенной чувствительностью, раздражительностью, ухудшением памяти, эмоциональной лабильностью, снижением работоспособности, апатией, нарушением сна. При депрессивных состояниях необходимо исключить другие причины (бытовые и семейные проблемы), способствовавшие развитию депрессии. Профилактический прием пиридоксина в суточной дозе 150 мг способствует снижению риска любых психоневрологических нарушений.

Наиболее часто медикаментозный дерматит наблюдается у больных с обменными нарушениями вследствие сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и почек. В основном кожные высыпания сопровождаются зудом, который является предвестником дерматита. Поэтому при появлении зуда, необходимо выяснить, каким препаратом он вызван, и своевременно назначить антигистаминные средства.

Вместе с этим, гепатотоксические реакции и артралгия с артритами занимают четвертое место по частоте ПД ПТП. Гепатит может развиваться при приеме изониазида, рифампицина, пипразинамида, тиамидов, этамбутола, фторхинолонов и ПАСК, клинически гепатит проявляется тошнотой, рвотой, желтушностью кожных покровов и склер, понижением аппетита, гепатоспленомегалией, потемнением цвета мочи и обесцвечиванием кала. Диагноз подтверждается повышением трансаминаз и прямого билирубина в сыворотке. Для исключения вирусного гепатита необходимо определить маркеры на вирусный гепатит.

Артралгии и артриты возникают при приеме пипразинамида, фторхинолонов и, в меньшей степени, тиамидов. Для устранения этих побочных реакции используются нестероидные противовоспалительные средства.

Ототоксические действие и снижение уровня зрения наблюдались реже. Ототоксическое действие связано с приемом аминогликозидов и вызвано поражением VIII пары черепно-мозговых нервов.

Таким образом, для лучшего контроля над ситуацией при ведении больных с ПД врачу клиницисту необходимо понимать причины развития побочных эффектов. Многие побочные эффекты устранимы и не опасны. Зачастую сложно определить виновный препарат, так как взаимодействие различных препаратов также может вызывать отрицательные реакции. До начала лечения ПТП необходимо провести более тщательное клинико-лабораторное исследование фонового состояния пациента для определения общего статуса и возможного риска развития ПД ПТП. На фоне проводимого лечения, как в интенсивной и поддерживающей фазе необходимо мониторинг основных параметров функции органов мишеней для своевременной диагностики нежелательных реакций и проведения своевременной адекватной коррекции. Для больных получающих поддерживающую фазу противотуберкулезной терапии, имеющих ПД ПТП и для их своевременного лечения необходимо обеспечить требуемыми препаратами с формированием заявок на ЛС на уровне ПМСП в соответствии с Республиканским лекарственным формуляром.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баласаниянц Г.С. Побочные действия противотуберкулезных препаратов и методы их устранения /Материалы первой международной заочной научно-практ. конференции Туберкулёз – Глобальная катастрофа человечества: эпидемиологические, клинико-диагностические, медико-социальные и организационно-правовые аспекты противотуберкулезной помощи в странах СНГ. Ростов–на Дону, 24 марта 2014г.

## ТҮЙІН

**Л.Т.Касаева** – м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы терапиялық пәндер кафедрасының доцент м.а., Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [l\\_kasaeva@mail.ru](mailto:l_kasaeva@mail.ru)

**Л.А.Жорабаева** – Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің дәрі-дәрмек үйлестірушісі, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [Leila.zhorabaeva@mail.ru](mailto:Leila.zhorabaeva@mail.ru)

## ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ЖАНАМА ӘСЕРІ

ОҚО бойынша 2012-2014жылдар арасындағы туберкулезге қарсы препараттардың жанама әсерлерін зерттеу мақсатында дәрілік заттарға жанама әсері бойынша 837 хабарлама карталары зерттелді. Бұл карталардың ең көбі, шамамен 40% ПАСК, тиамид, пипразинамид, изониазид және этамбутол препараттарына диспепсиялық бұзылыстармен болған. Екінші жиілігі орталық нерв жүйесіне байланысты (30%), оған көбінесе циклосерин, изониазид, фторхинолондар мен тиамидтер. Сонымен қатар медикаментозды дерматит, гепатотоксикалық реакциялар, ототоксикалық және көру органдарына жағымсыз әсерлері байқалған. Ең алдымен бұл жағымсыз әсерлерді дер кезінде анықтап, оған кінәлі деген препаратты тауып дер кезінде қажет іс шаралар қолдануы тиіс. Емді бастамай жатып, макроағзаның алғашқы жағдайын, дәріге жағымсыз әсерлердің пайда болуы себептерін ескеру қажет және дер кезінде оған коррекция жасалынуы тиіс, әсіресе қолдаушы кезеңдегі алғашқы медико-санитарлық көмек деңгейінде.

**Кілт сөздер:** туберкулез, туберкулезге қарсы дәрілер, жанама әсерлер, хабарлама карталар.

## SUMMARY

**L.T. Kasaeva** – MD, acting assistant professor of therapeutic disciplines YUKGFA, Shymkent, Kazakhstan, [l\\_kasaeva@mail.ru](mailto:l_kasaeva@mail.ru)

**L.A. Zhorabaeva** - Coordinator of the drug supply regional antitubercular clinic, Shymkent, Kazakhstan, [Leila.zhorabaeva@mail.ru](mailto:Leila.zhorabaeva@mail.ru)

## SIDE EFFECTS ANTI-TB DRUGS

The aim of the work is to study the frequency of side effects of antitubercular preparations in South Kazakhstan region in 2012-2014 years. Conclusions. For the best control of the situation in hiding the patients with side effects to the clinician doctor it is necessary to understand the caissons of development of side effects. A lot of side effects are removable and not dangerous. It is often difficult to determine a guilty preparation because different drugs interactions can cause negative reactions. Before beginning the treatment it is necessary to conduct more careful clinical laboratory investigation of patient's condition for defining common status and possible risk of development of side effects of antitubercular preparations. During the treatment in intensive as well as supportive phases it is necessary to monitor main options function of organs of targets for timely diagnostics unwanted reactions and conducting timely adequate correction for the patients who get supportive phase of antitubercular therapy, have side effects of antitubercular preparations and for their timely treatment it is necessary to provide with required preparations with formation of applications for remedies as initial medical social help in accordance with Republican medical form.

**Key words:** tuberculosis, antitubercular preparations, side effect, report maps.

**З.А. Керимбаева** - м.ғ.д., проф., **Н.Ж. Орманов** - м.ғ.д., проф., [ormanov48@mail.ru](mailto:ormanov48@mail.ru), **Л.Н. Орманова** – м.ғ.к., доцент м.а., , [lyazzatormanova@mail.ru](mailto:lyazzatormanova@mail.ru)

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

## ИНФИЛЬТРАТЫ ШЕКТЕЛГЕН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАН ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЛЕРТ-АТЖ-НІҢ ИК-НЫҢ ХИМИОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ РУВИМИННІҢ ӘСЕРІНЕН АЦЕТИЛДЕУ ТҮРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖАҒДАЙЫ

### ТҮЙІН

Ацетилдеуде жеңіл күшті түрде ауру инфилтративным туберкулезде қанда қандарға және антиоксидант жүйелерге липойдтарға бос радикалды тотығуға интегралды коэффициентке үлкейп жатыр 29, 0у орташа түрге 58а әлсіз тәулікке 100 мг дозаоларда ингибитор жасауда күшті түрде 142Включение рувимина, ағымға 10 күндерге 1-ом айда ИК СРОЛ-АОС деңгейге төмендетіп жатыр 36, 2после 2-х және 3-х айлық рувиминохимиотерапии 57,67 бақылау осы мәнге 7 жақындатылып жатыр. Тиімді мерзім үшін ауру орташа түр 20 күндер келіп жатыр, ингибитор жасаудан әлсіз түрмен ай сайынғы 30 күндердің келіп жатыр.

**Кілт сөздер:** өкпе туберкулезі, ацетилдеу, липидтердің асқын тотығы, қан, рувимин.

Ғылыми-практикалық медицинаның өзекті мәселелерінің бірі туберкулезге қарсы күрес болып табылады. Қазақстан Республикасында соңғы жылдары туберкулезімен ауырған науқастардың саны 113%-ға дейін көтеріліп, оның күрделі асқынған түрлері жыл сайын адам өліміне әкеліп соғуда. Туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу барысында туберкулостатиктердің кейбір жағымсыз әсерлері байқалады. Химиотерапияға дейін инфилтратты шектелген өкпе туберкулезді (ИШӨТ) науқастардың қанындағы липидтердің еркін радикалды асқын тотығуы (ЛЕРТ) мен антитотықтырғыш жүйесінің (АТЖ) интегралдық көрсеткіш (ИК) күшті, орта және әлсіз ингибиторлы топтарда 29,4%, 58% және 142% өседі. 1, 2 және 3 айлық химиотерапиялық емдерді рувиминмен қиылыстырылып қолданғанда дәрінің дозасына байланысты әр түрлі деңгейде өзгереді.

Жұмыстың мақсаты: Инфилтратты шектелген өкпе туберкулезді (ИШӨТ) сырқаттардың қанының липидтердің еркін радикалды асқын тотығуы (ЛЕРТ) мен антитотықтырғыш жүйесінің (АТЖ) интегралдық көрсеткіші (ИК) ацетилдеу түріне байланысты химиотерапияның және рувиминнің әсерінен өзгеруін зерттеу.

Зерттеу әдістері: Бауыр жасушаларының ацетилдеу белсенділігін стандартты изониазидті сынақ арқылы Киселева Т.А. [2006], әдісі арқылы анықталды. Науқастардың қанының липидтердің еркін радикалды асқын тотығуы мен антитотықтырғыш жүйесінің интегралдық көрсеткішін Н.Ж. Орманов [2005], әдісімен анықталды.

Зерттеу нәтижелері: ИШӨТ науқастарды ацетилдеу түріне байланысты ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы деңгейі әр түрлі болады, күшті ингибиторлы түріндегі сырқаттарда оның деңгейі бақылау тобына қарағанда 33%-ға өссе, орта және әлсіз түріндегі науқастарда 178%-ға және 305%-ға жоғарылайды.

ИШӨТ науқастарды туберкулезге қарсы химиотерапиялық препараттармен емдегенде ацетилдеу түріне байланысты ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы деңгейі әр түрлі болады. 1, 2 және 3 айлық антибактериалды химиотерапияның әсерінен ЛАТ-АТЖ көрсеткіштерінің науқастардың күшті ацетилдеу



типіндегі химиотерапияның әсерінен бақылау топбының көрсеткішінің 163%, 267% және 346%-ын құрады, яғни жоғарылау деңгейі 63%-ға, 167% және 246% ға тең.

Орта ацетилдеу түріндегі науқастарда бұл көрсеткіштің деңгейі химиотерапиядан кейін емге дейінгі көрсеткішіне қарағанда 1, 2 және 3 айлық емнен кейін 318%, 369%-ға және 520%-ға өседі, әлсіз ингибиторлы топтағы ЛЕРТ-АТЖ-нің интегралды көрсеткішінің өсу деңгейі 1, 2 және 3 айлық химиотерапиядан кейін 305%, 630%-ға және 820%-ға өседі.

Күшті ингибиторлы түріндегі сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 10 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері 1 айдан соң  $1,63 \pm 0,08$  шб-ден  $1,04 \pm 0,06$  шб дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 36,2%-ға тең болды, екі және үш айлық рувиминохимиотерапиядан кейін 57%-ға және 67,7%-ға төмендеп, бақылау тобының көрсеткішіне теңеле түсті.

Орта ингибиторлы түріндегі сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 10 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері 1 айдан соң  $2,78 \pm 0,13$  шб-ден  $2,27 \pm 0,06$  шб дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 18,4%-ға тең болды, екі және үш айлық рувиминохимиотерапиядан кейін 14,3%-ға және 46,8%-ға төмендеп, бірақ бақылау тобының көрсеткішіне қарағанда 127%-ға, 166%-ға және 230%-ға жоғарылады.

Бұл сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 20 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері 1 айдан соң  $2,78 \pm 0,13$  шб-ден  $1,12 \pm 0,06$  шб дейін төмендеді, ал азаю деңгейі 59,7%-ға тең болды, екі және үш айлық рувимино-химиотерапиядан кейін 61,5%-ға және 61,2%-ға төмендеп, бақылау тобына тең болды.

Әлсіз ингибиторлы түріндегі сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 10 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері 1 айдан соң  $4,05 \pm 0,13$  шб-ден  $3,33 \pm 0,06$  шб дейін төмендеді, яғни азаю деңгейі 17,8%-ға тең болды, екі және үш айлықтан кейін сәйкес таза химиотерапиялық тобына қарағанда 62,7%-ға және 38,4%-ға төмендеп, бірақ бақылау тобының көрсеткішіне қарағанда 233%-ға, 350%-ға және 488%-ға жоғарылады.

Бұл сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 20 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері емге дейін  $4,05 \pm 0,20$  шб-ден 1 айдан соң  $2,2 \pm 0,11$  шб дейін төмендеді, ал азаю деңгейі 45,7%-ға тең болды, екі және үш айлықтан кейін 44,5%-ға және 35,8%-ға төмендеп, бірақ бақылау тобының көрсеткішіне қарағанда 120%-ға, 125%-ға және 160%-ға жоғарылады.

Бұл сырқаттарды рувимин препаратын 100 мг айына 30 күн бойы бергенде ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері емге дейін  $4,05 \pm 0,20$  шб-ден 1 айдан соң  $1,02 \pm 0,05$  шб дейін төмендеді, ал азаю деңгейі 74,8%-ға тең болды, екі және үш айлықтан кейін 74,2%-ға және 71,4%-ға төмендеп, бақылау тобының көрсеткішіне тең болды.

Сонымен, ИШӨТ сырқаттардың ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері емге дейін күшті ингибиторлы науқастарда 33%-ға, орта және әлсіз ингибиторларда 178%-ға және 305%-ға өсті, ал 1, 2 және 3 айлық туберкулезге қарсы химиотерапиясының жанама әсерінен күшті ингибиторлы науқастарда 63%-ға, 167%-ға және 246%-ға, орта ингибиторлы науқастарда 318%-ға, 369%-ға және 520%-ға, әлсіз топта 494%-ға, 630%-ға және 820%-ға өсті.

Қорытынды. Рувиминохимиотерапияның әсерінен күшті ацетилдеуші науқастарда айына 10 күн бойы, орта ингибиторлы сырқаттарда 20 күн бойы, ал әлсіз сырқаттарға рувиминді 100 мг 30 күн бойы бергенде қанның құрамындағы липидтердің асқын тотығу өнімдерінің мөлшері төмендеп, антиотықтырғыш жүйесінің деңгейі жоғарылап ЛЕРТ-АТЖ-нің ИК-ның қандағы мөлшері қалыпты жағдайға жақындай түсті.

## АННОТАЦИЯ

**З.А. Керимбаева** - д.м.н., и.о.проф., **Н.Ж. Орманов** - д.м.н., профессор, [ormanov48@mail.ru](mailto:ormanov48@mail.ru), Л.Н.

**Орманова** - к.м.н., и.о.доцента, [lyazzatormanova@mail.ru](mailto:lyazzatormanova@mail.ru)

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

### **ВЛИЯНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ И РУВИМИНА НА ИНТЕГРАЛЬНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ КРОВИ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ АЦЕТИЛИРОВАНИЯ**

Интегральный коэффициент свободнорадикального окисления липидов крови и антиоксидантной системы крови у больных инфильтративным туберкулезом легких сильного типа ацетилирования увеличивается на 29,0%, у среднего типа на 58%, а у слабого на 142%. Включение рувиминохимиотерапии в дозе 100 мг в сутки, в течение 10 дней снижает уровень ИК СРОЛ-АОС в 1-ом месяце на 36,2%, после 2-х и 3-х месячной рувиминохимиотерапии на 57% и 67,7% и приближается к значению контрольных данных. Эффективным сроком для больных со средним типом является 20 дней, со слабым типом ингибирования является 30 дней ежемесячно.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, ацетилирования, пероксидация липидов, кровь, рувими́н.

## SUMMARY

**Z.A. Kerimbaeva** - prof., YUKGFA, Shymkent, Kazakhstan, zakira.k@mail.ru

**N.J. Ormanov** - MD, professor, YUKGFA, Shymkent, Kazakhstan, ormanov48@mail.ru

**L.N.Ormanova** - k.m.n., YUKGFA, Shymkent, Kazakhstan, lyazzatormanova@mail.ru

### EFFECTS OF CHEMOTHERAPY AND RUVIMINA FOR INTEGRAL FACTOR OF FREE BLOOD LIPID AND ANTIOXIDANT LEVELS IN PATIENTS WITH INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS BASED ON THE TYPES OF ACETYLTATION

Integral gain of free lipid levels and antioxidant system of the blood in patients with infiltrative pulmonary tuberculosis strong type of acetylation is increased by 29.0%, the average type by 58%, while the weak at 142%. Turning ruvimina have strong type of inhibition at a dose of 100 mg per day for 10 days, reduces IR SROL-EPA in the first month, 36.2% after 2-D and 3-month ruviminohimioterapii 57% and 67, 7%, and approaches the value of the control data. The effective date for patients with secondary type is 20 days, with a weak type of inhibition is 30 days per month.

**Key words:** Pulmonary tuberculosis, acetylation, lipid peroxidation, blood ruvimin.

**Сакыбаева С.А.**- к.м.н., Областной детский противотуберкулезный санаторий «Карлыгаш» г. Шымкент, [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)

**Курбанова А.Т.**- к.м.н., Областной детский противотуберкулезный санаторий «Карлыгаш» г. Шымкент, [aliya\\_1471@mail.ru](mailto:aliya_1471@mail.ru)

**Мусабекова Г.А.**- к.м.н., Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы, [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)

**Туремуратова Г.Ж.**- зав. отд. Областной детский противотуберкулезный санаторий «Карлыгаш» г. Шымкент, [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)

**Асанова А.А.**- фтизиопедиатор Областной детский противотуберкулезный санаторий «Карлыгаш» г. Шымкент, [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ

#### АННОТАЦИЯ

Цель исследования: Оценка эффективности оздоровления детей с помощью индекса Кетле, т. е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью расчетов в условиях санатория. Был использован метод Кетле для определения параметров физического развития по нормативным показателям. Объектом исследования являлись дети областного детского противотуберкулезного санатория «Карлыгаш» в возрасте 6- до 7 лет. Формула Индекса Кетле (Оценка эффективности оздоровления) свидетельствует о гармоничности физического развития, и рассчитывается в килограммах на квадратных метрах (далее-кг/м<sup>2</sup>). Нормой Индекса Кетле для детей в возрасте 6-8 лет является-16 кг/м<sup>2</sup>, увеличение Индекса на две единицы свидетельствует об избыточности массы тела, а снижение на две единицы-о дефиците. Ростово-весовой показатель оценивает пропорциональность показателей массы и роста ребенка. Для его определения используется специальная формула:  $M \times 100 / P$ ; где М — показатель массы тела ребенка; Р — показатель роста ребенка.

Данное исследование направлено на оценку индивидуального физического развития детей с помощью индекса Кетле, т.е. соотношения антропометрических показателей, полученных с помощью математических расчетов. Для оценки показателей были использованы—электронные весы напольные, ростомер. Все измерения проводились в первую половину дня. Для оценки эффективности оздоровления каждого ребенка в целом информация по результатам медицинского осмотра вносилась в утвержденную приказом МЗ РК № 907 от 23 ноября 2010 года карту лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма

№042/у), предусматривающем внесении информации по каждому ребенку на начала оздоровления, а также на его окончание.

Всего исследованию подлежало 139 детей и анализ результатов оценки эффективности оздоровления показал, что до начала оздоровления Индекс Кетле ниже нормы имели 42 (30,1%) детей, выше нормы - 9 (6,5%). В динамике установлено, что в результате проведения оздоровительных мероприятий количество детей с нормальным весом и ростом увеличилось с 88 до 104, количество детей с низкими показателями уменьшилось из 42 до 19. Также анализ показал, что положительная динамика в виде прибавки в весе и в росте, в основном, наблюдалась у мальчиков по сравнению с девочками. Следует отметить, что девочки из группы с индексом Кетле ниже 16 кг/м<sup>2</sup> в конце оздоровления, несмотря на прибавления в весе отставали в росте, т.е. до начала лечения были низкого роста, а прибавка в росте в среднем на 1-1,5 см не повлияла на эффективность.

**Ключевые слова:** туберкулез, детский санаторий, оценка эффективности, индекс Кетле, оздоровление.

Туберкулез является глобальной проблемой общественного здравоохранения, и представляет серьезную угрозу здоровью населения, особенно детей. Способствующими факторами в увеличении заболеваемости туберкулезом детей являются, такие факторы как: рост заболеваемости заразными формами туберкулеза среди взрослого населения, позднее выявление больных в семье и в близком окружении детей, увеличение числа больных-нарушителей режима, несвоевременная изоляция детей и миграция населения.

В современных эпидемиологических условиях одним из факторов, способствующих дальнейшему снижению заболевания детей туберкулезом, является проведение лечебно-профилактических мероприятий среди группы детей с повышенным риском заболевания в специализированных санаторных учреждениях. Чтобы оценить эффективность проведения лечебно-профилактических мероприятий среди группы детей с повышенным риском заболевания поставлена цель: оценить эффективность оздоровления детей с помощью индекса Кетле.

Объект исследования: Дети областного детского противотуберкулезного санатория «Карлыгаш» в возрасте 6 - до 7 лет.

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

Всего исследованию подлежало 139 детей, из них в возрасте 6 лет-109 (78,4%) и до 7 лет 30 (21,6%) детей, по половому признаку было 59 (42,4%) девочек и 80 (57,6%) мальчиков соответственно. Для оценки физического развития дети были распределены по возрасту и по полу. Из общего числа 109 детей в возрасте 6 лет девочек было-47 (43,1%), мальчиков было 62 (56,9%) соответственно. Детей в возрасте до 7 лет из общего числа 30, девочек было 12 (40%), а мальчиков 18 (60%). Таким образом, среди детей подлежащих исследованию в двух возрастно-половых диапазонах 6-до 7 лет, преобладали мальчики.

Среди клинических диагнозов, преобладал диагноз «Инфицирование МБТ, впервые выявленное», у 92 ребенка, что составило- 66,2%. также часто встречался диагноз «тубконтакт» у 47 детей, из них тубконтакт с чувствительной формой туберкулеза встречался у 41 (29,5%) и у 6 (4,3%) контакт был установлен с множественно-устойчивой формой туберкулеза. Необходимо отметить, что при оздоровлении детей в режиме дня были учтены также психологические моменты, т.е. адаптация ребенка к новым условиям проживания без родителей и круглосуточное их пребывание в санатории.

В связи с этим, в первые 10 дней детям назначался адаптационный режим дня, в последующие 5 дней - тонизирующий режим, а далее - общий режим дня. Из общего числа 139 детей до оздоровления, нормальный вес и рост при норме 16 кг/м<sup>2</sup> было у 88 (63,3%), из них девочек было 33 (55,9%), мальчиков 55 (68,7%). С показателем ниже 16 кг/м<sup>2</sup> было у 42 (30,1%), из них девочек 24 (40,6%), мальчиков было 18 (22,5%). Показатель более 16 кг/м<sup>2</sup> было всего у 9 (6,5%) детей, из них девочек 2 (3,5%) и мальчиков 7 (8,8%).

Полученные результаты после проведения оздоровительно-закаливающих мероприятий сравнивали с данными до оздоровления. Детей с нормальным весом и ростом при норме 16 кг/м<sup>2</sup> увеличилось до 104 (74,8%), из них девочек 40 (67,8%), мальчиков 64 (80,0%). Сократилось количество детей ниже 16 кг/м<sup>2</sup> и стало 19 (13,7%), из них девочек 15 (25,4%), мальчиков 4 (5%). Также увеличилось число детей с показателем более 16 кг/м<sup>2</sup>, что составило 16 (11,5%), из них девочек 4 (6,8%) и мальчиков 12 (15,0%).

Обсуждение. Проведена оценка эффективности оздоровления у 139 детей в возрасте 6- до7 лет по индексу Кетле. До проведения мероприятий по оздоровлению, детей с нормальным весом и ростом при норме 16 кг/м<sup>2</sup> было 88 (63,3%), с показателем ниже 16 кг/м<sup>2</sup> было 42 (30,1%) ребенка. Показатель выше нормы 16 кг/м<sup>2</sup> было у 9 (6,5%) детей.

Таким образом, наше исследование подтверждает тот факт, что правильное составление режима дня с учетом возраста, режима питания, совместная медико-педагогическая работа с психологическим акцентом и проведение закаливающих процедур позволяют повысить показатели эффективности оздоровления по Индексу Кетле особенно у детей с низким показателем 16 кг/м<sup>2</sup>.

**Выводы.** В результате мероприятий по оздоровлению детей Индекс Кетле с нормальным весом и ростом увеличился на 8,5% - с 88 (66,3%) до 104 (74,8%), из них девочек 40 (67,8%), мальчиков 64 (80,0%). Сократилось на 19,4% количество детей с Индексом Кетле менее 16 кг/м<sup>2</sup> с 42 (30,1% до) до 19 (13,7%) девочек из них - 15 (25,4%), мальчиков 4 (5%). Положительная динамика в виде прибавки в весе и в росте, в основном, наблюдалась у мальчиков по сравнению с девочками. Девочки из группы с низким Индексом Кетле (ниже нормы 16 кг/м<sup>2</sup>) в конце оздоровления, несмотря на прибавления в весе отставали в росте, так как до начала лечения были низкого роста, вследствие этого, прибавка в росте на 1-1,5 см не повлияла на эффективность оздоровления. Для эффективного оздоровления детей в противотуберкулезных санаториях наряду со специфической химиопрофилактикой, необходимо внедрять еще и другие оздоровительные мероприятия, направленные на достижение нормального показателя Индекса Кетле. Для оценки эффективности проведения оздоровительных мероприятий в условиях детского противотуберкулезного санатория следует разработать индикаторы результата медико-оздоровительных мероприятий, также назрела необходимость разработки нового приказа по работе детской санаторной службы, так как предыдущий приказ был отменен в 2012 году.

## ЛИТЕРАТУРА

Электронный информационно-аналитический медицинский журнал. //Организация медико-педагогической реабилитации в условиях детского противотуберкулезного санатория "Куншуак. - Алматы.2014г.  
Морева З.В., Усемисов Т.С., Даниярова А.Р.//Пробл.туб. -2007 г.-№2 (12).-С.23-27.  
Постановление Правительства Республики Казахстана. // «Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к санаторным и оздоровительным объектам»». -№ 178 31.01. 2012 г.  
Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан// «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу». -№ 19 22.08. 2014 г.

## ТҮЙІН

- Сакыбаева С.А.** - м.ғ.к., «Қарлығаш» Облыстық балалар туберкулезге қарсы санаториясы, Шымкент, қ. [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)  
**Курбанова А.Т.** - м.ғ.к., «Қарлығаш» Облыстық балалар туберкулезге қарсы санаториясы, Шымкент, қ. [aliya\\_1471@mail.ru](mailto:aliya_1471@mail.ru)  
**Мусабекова Г.А.** - м.ғ.к., «Туберкулез проблемаларының Ұлттық орталығы» ҚР ДСӘД министрлігі, Алматы, қ. [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)  
**Туремуратова Г.Ж.** - б.м. «Қарлығаш» Облыстық балалар туберкулезге қарсы санаториясы, Шымкент, қ. [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)  
**Асанова А.А.** – фтизиопедиатор, «Қарлығаш» Облыстық балалар туберкулезге қарсы санаториясы, Шымкент, қ. [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)

## БАЛАЛАР ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ САНАТОРИЯСЫНДА БАЛАЛАРДЫ САУЫҚТЫРУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

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

Кілт сөздер: Тиімділіктер, индекс Кетле, сауығу туберкулез, бала санаторилар, баға.

## SUMMARY

**Sakybaeva S.A.**- MD, PhD, Regional children's TB sanatorium. Shymkent city [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)  
**Kurbanova A.T.**- MD, PhD, Regional children's TB sanatorium. Shymkent city [aliya\\_1471@mail.ru](mailto:aliya_1471@mail.ru)  
**Mussabekova G.A.**- MD, PhD, National Center for Tuberculosis Problems of the Republic of Kazakhstan, Almaty city, [g.mussabekova@mail.ru](mailto:g.mussabekova@mail.ru)  
**Turemuratova G.Zh.**- doctor Regional children's TB sanatorium. Shymkent city [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)  
**Assanova A.A.**- doctor Regional children's TB sanatorium. Shymkent city [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)

## THE EFFECTIVENESS OF REABILITATION OF CHILDREN UNDER CONDITIONS OF PEDIATRIC TB SANATORIUM

Evaluation of rehabilitation effectiveness among 139 children in the age of 6-7 years by Kettle index was conducted. Before rehabilitation measure implemented there were 88 children with normal weight  $16 \text{ kg/m}^2$  (63.3%) while those with lesser weight were 42 (30.3%) children. Index higher norm  $16 \text{ kg/m}^2$  was in 9 (6.5%) children. Thus, our study confirm the fact that the correct day regimen build with account of age, nutrition, joint medical and pedagogic work with accentuation on psychological aspect and the toughening procedures allow to enhance the rehabilitation effectiveness by Kettle index, in particular for children with low weight index  $16 \text{ kg/m}^2$ .

Key words : the tuberculosis, the childish sanatorium, the appraisal efficiency, index Quetelet, environmental sanitation.

УДК 616-002.5-07

**Н.Т. Утегенова** – зертхана меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Г.К. Баймамутова** - бактериологиялық қызметі жөніндегі координатор, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Ф.О. Сабекова** - дәрігер лаборант, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Е.Д. Таймуратов** –клиницист фармаколог, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**М.Е. Имнияминова** - зертхана меңгерушісі, Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Оңтүстік Қазақстан облысы, Шымкент қ., [nazira.1968.16.02@mail.ru](mailto:nazira.1968.16.02@mail.ru).

**Н.М. Таскынбаева** - дәрігер лаборант, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы [nazira.1968.16.02@mail.ru](mailto:nazira.1968.16.02@mail.ru)

## ТУБЕРКУЛЕЗ ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫН ДАҚЫЛЫ ТҮРІНДЕ, СҰЙЫҚ ҚОРЕКТІК ОРТАДА ЖӘНЕ ҚҰРҒАҚ ҚОРЕКТІК ОРТАДА, МОЛЕКУЛЯРЛЫ –ГЕНЕТИКАЛЫҚ ТӘСІЛДЕРМЕН ДӘРІГЕ СЕЗІМТАЛДЫҚТЫ АНЫҚТАУДЫҢ МАҢЫЗЫ

### ТҮЙІН

Микобактерия қоздырғыштарын анықтау белсенділігі Л-Йенсена қоректік ортасымен салыстырғанда, Бактек MGIT-960 сұйық қоректік ортасында және молекулярлы–генетикалық тәсілінде екі есе жоғары. Дәріге сезімталдықтың қортындысын жылдам анықтап беріп, науқасты уақтылы емдеуге, көптеген дәріге төзімді және аумақты дәріге тұрақты науқастарды оқшаулауға көмектеседі.

**Кілт сөздер:** Аумақты дәріге тұрақтылық, көптеген дәріге төзімділік, туберкулез микобактериясы, Bactec MGIT, Gene Xpert.

Туберкулезге қарсы күрес бағдарламасында негізгі мақсат өкпе туберкулезін уақтылы анықтау. Бактериологиялық қызмет туберкулезге қарсы күрес халықаралық бағдарламасының негізгі көзі. Науқастардың диагностикалық материалдарынан микобактерия қоздырғышын табу үшін, Імл диагностикалық материалда 5000-нан 10000-дейін микобактерия қоздырғышы болуы қажет.

Левенштейна-Йенсена қоректік ортасынан оң мәнде дақыл алу үшін, клиникалық үлгінің құрамында 10 бірлік белсенді туберкулез қоздырғышы болуы тиіс. Науқастардың диагностикалық материалдарын Л-Йенсена қоректік ортасына егу арқылы, өсіп шыққан дақылға дәріге сезімталдық анықтаймыз. Қазіргі уақытта бактериологиялық тәсілдің, Л-Йенсена қоректік ортасына дақылды өсіріп, туберкулез қоздырғыштарының ферментативтік белсенділігін, вируленттілігін, типін анықтауға туберкулез клиникасында маңызы зор. Дәрігер фтизиатрларға науқастарды емдеу барысында көп көмегін тигізуде. Дегенмен де бұл тәсіл ұзақ уақыт алады.

Л-Йенсена қоректік ортасында туберкулез қоздырғыштары (8 апта) аралығында өседі, ал дәрілік сезімталдықты талдау қортындысы пропорция тәсілімен 42 күн аралығында өсіп шығады. Бірақ бұл тәсіл алтын стандарт болып қала бермек. Біздің зертханада микробиологиялық ізденіс жұмысын алға жылжыту мақсатында 1999 жылы Бактек -960 аппараты жұмысқа қосылды. Бұл аппарат туберкулез қоздырғыштары-

ның өсу қабілетін екі есе жылдамдатты. Оңтүстік Қазақстан облысында бактериологиялық қызмет жұмысы фтизиатор дәрігерлерге науқастарды емдеу барысында көп көмек көрсетіп, маңызды жетістіктерге жетіп жатыр. Бактек-960 аппаратында туберкулез қоздырғыштары оң мәндері 5-10 күн аралығында, теріс мәнділер 42 күн аралығында беріледі.

Дәріге сезімталдық ;бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарының қортындысы 13 күн аралығында, екінші қатардағы дәрілік препараттар қортындысы 21 күн аралығында өсіп шығады. Біздің еліміздегі бактериологиялық зертханаларда қазіргі уақытта қолданылып жүрген диагностикалық тәсілдерге үлкен өзгерістер енді. Бұл жағдай біздің практикамызға микобактерия туберкулезінің дәріге сезімталдығын фенотипті және генотипті идентификациялауға жағдай тудырады.

Фенотип (дақыл түрінде, құрғақ қоректік ортамен, сұйық қоректік ортаны қолдануымен жүргізіледі) генотипті тәсіл микобактерия туберкулезінің генінен анықталады. Эпидемиологиялық жағдайды жақсартудың негізгі жолы сапалы бактериологиялық диагностика. Қазіргі уақыттағы дамыған молекулярлы-генетикалық экспресс тәсілінің негізі туберкулезге қарсы препараттарының тұрақтылығын анықтауға бақытталған.

Молекулярлық-генетикалық тәсіл үлкен сезімталдығымен дәлелденген, ТБ және КДТ диагностика қортындысының уақытын қысқартып, науқастың уақтылы ем қабылдауының, инфекциялық бақылаудың алдын алудың негізгі құралы.

Материал және тәсілдер. Қазіргі уақытта ҚР ДСМ №19 22 тамыз 2014ж. бұйрық негізінде туберкулезді анықтау диагностикалық алгоритм талабы, науқастарды емдемес бұрын 3 рет диагностикалық материалды жинап бактериоскопия тәсілмен қышқылға тұрақты туберкулез қоздырғышын анықтау. Содан соң егер бактериоскопия (-) теріс мәнде болса молекулярлы –генетикалық тәсіл, Бактек-960 аппаратта сұйық қоректік ортада, Л-Йенсена құрғақ қоректік ортада бір ғана ыдыстан алынып бактериологиялық ізденістен өтеді. Жоғарғыда көрсетілген бұйрық талабына сай диагностикалық мақсатта тапсырған 318 науқастың сынамаларынан 129 БК(+) табылды 40%, 189 науқас БК(-) 59%. Фенотипті, генотипті тұрғыдан ізденіс жүргізу барсында Бактек MGIT-960 аппаратынан 129 БК(+) науқастың 122 науқасынан МБТ+ өсіп шықты пайызға шаққанда 95% құрады, 7 науқас теріс мәнді болып шықты (5,4%). БК(-) науқастың 41 науқасынан МБТ+ өсіп шықты (31%).

Ал Л-Йенсена қоректік ортасынан 129 БК(+) науқастың 92-нен МБТ+ өсіп шықты (71%), 318 БК(-) науқастың 115 МБТ+ нәтиже берді (35%). G-Xpert аппаратында тексерілген БК(-) 70 науқастың 36 науқасынан G-Xpert ТБ+ оң нәтиже берді (51%). ТВ(+)-R- 30 науқас сезімтал, 6 науқас ТВ(+)-R+ тұрақты болып анықталды.

**1-ші кесте - Дақыл түрінде Л-Йенсена қоректік ортасында және сұйық қоректік орта Бактек аппаратындағы егу көрсеткіштерімен, G-xpert молекулярлық генетикалық тәсілдің жұмыс көрсеткіштерін салыстыру нәтижесі**

Тәсілдер	Л-Йенсен		Бактек MGIT-960		G-xpert
	БК+	БК-	БК+	БК-	БК-
МБТ+	71% (92)	35% (115)	95% (122)	5,4% (7)	51% (36)

2015ж. облыстық туберкулезге қарсы орталықтандырылған зертханада бір түкіргіштен алынған 189 науқастың диагностикалық материалы G-Xpert аппаратында және Бактек MGIT -960 сұйық қоректік ортада туберкулез қоздырғыштардың дәріге тұрақтылығы тексерілді. Осы екі аппаратта анықталған рифампицинге тұрақтылық нәтижесі 189 науқастың 169 –да ұқсастық байқалып процентке шаққанда 63%-ті құрады. Айырмашылық 20 науқаста кездесті процентке шаққанда 10,5% .

**2-ші кесте - G-Xpert аппаратында және Бактек MGIT-960 сұйық қоректік ортадағы дәріге тұрақтылықты салыстыру нәтижесі**

Ұқсастық(совпадение)		Айырмашылық(расхождение)		Анықталмаған (не определено)	
Бактек GIT-960, G-Xpert Сезімталдық	Бактек MGIT -960, G-Xpert Тұрақтылық	БактекMGIT-960сезімтал, G-Xpert тұрақты	БактекMGIT-960 тұрақты, G-Xpert сезімтал	БактекMGIT-960 сезімтал, G-Xpert анықталмаған	БактекMGIT-960 тұрақты, G-Xpert анықталмаған
(89%) 87	(53%) 102	(1,5%) 5	(2,6%) 4	(3,1%) 6	(2,6%) 5

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ережепов М. Ш. Туберкулез ауруының ашық тығыз қарым-қатынаста болған балалардың санаториялық жолмен сауықтырылуының маңызы және емдеу мерзімі жайлы / М. Ш. Ережепов // Медицина. - 2013. - №12. - С. 80-81.



- 2.Тәбриз Н. С. Фитоактопротекторларды туберкулездің кешенді емінде қолданудың болашағы / Н. С. Тәбриз // Медицина и экология. - 2010. - № 1. - 6-9 бет.
- 3.Ережепов М. Ш. Туберкулез ауруының ашық тығыз қарым-қатынаста болған балалардың санаториялық жолмен сауықтырылуының маңызы және емдеу мерзімі жайлы / М. Ш. Ережепов // Медицина. - 2013. - №12. - С. 80-81.
- 4.Тәбриз Н. С. Фитоактопротекторларды туберкулездің кешенді емінде қолданудың болашағы / Н. С. Тәбриз // Медицина и экология. - 2010. - № 1. - 6-9 бет.

#### РЕЗЮМЕ

- Н.Т.Утегенова** - заведующая бактериологической лабораторией, Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, Шымкент, Республика Казахстан
- Г.К. Баймамутова** - координатор бактериологической службы, Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, Шымкент, Республика Казахстан
- М.Е. Имнияминова** - заведующая бактериологической лабораторией городского противотуберкулезного диспансера г.Шымкент, Южно Казахстанская область
- Ф.О.Сабекова** - врач лаборант, Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, Шымкент, Республика Казахстан
- Н.М.Таскынбаева** - врач лаборант, областного противотуберкулезного диспансера, Южно Казахстанская область, nazira.16,02@mail.ru.
- Е.Д. Таймуратов** - клиницист фармаколог, Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

#### РОЛЬ КУЛЬТУРАЛЬНЫХ И МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОБАКТЕРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ.

Эффективность выявления микобактерий туберкулеза методами Бактек и молекулярно – генетическими значительно выше, чем традиционным методом Левенштейна Йенсена и существенно сокращают сроки получения результатов ТЛЧ, позволяют обеспечивать своевременность изоляции и лечения больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.

*Ключевое слово:* множественная лекарственная устойчивость, широкая лекарственная устойчивость, микобактерия туберкулеза, Bactec MGIT, Gene Xpert.

#### RESUME

- N. T. Utegenova** - Manager bacteriological laboratory, the South-Kazakhstan regional - head of the bakteriologicalae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- G. K. Baimamutova** - he co-ordinator of bacteriological service, the South-Kazakhstan regional - head of the bakteriologicalae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- F. O. Sabekova** - physician assistant, the South-Kazakhstan regional - head of the bakteriologicalae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- M. E. Immiminova** - Manager bacteriological laboratory the municipal of the bakteriologicalae dispensary head, Shymkent, Republica Kazakhstan
- N. M. Taskymbaeva** - physician assistant, the South-Kazakhstan regional - head of the bakteriologicalae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- N. Taimuratov** – clicaе pharmacologist, the South-Kazakhstan regional - head of the bakteriologicalae, Shymkent, Republica Kazakhstan

#### THE ROLE OF CULTURE OR MOLECULAR AND GENETIC METHODS OF TUBERCULOSIS MYCOBACTERIA DETECTION AND DETERMINATION OF ITS DRUGS SENSIBILITY

The effectiveness of detection of tuberculosis mycobacteria by Bactec methods and molecular- genetic significantly nigher than the traditional reduce the terms of results of DST, allow to provide modern isolation and treatment of patients with multi and extensively drug resistant.

*Key words:* stability, sensitivity, mycobacterium tuberculosis, Bactec MGIT, Gene Xpert.



УДК 614.2:615.47: 616-002.5

**С.Б. Сагымбеков** - к.м.н. главный врач, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

**Н.Т. Утегенова** - заведующая бактериологической лабораторией, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [nazira.1968.16.02@mail.ru](mailto:nazira.1968.16.02@mail.ru).

**Г.К. Баймамутова** - координатор бактериологической службы, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан

**Ф.О.Сабекова** - врач лаборант, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан,

**И.Р. Кудайбергенов** - заведующий методическим отделом, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

**Е.Д. Таймуратов** - фармаколог клиницист, Южно Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ НА 4-Х МОДУЛЬНОМ АППАРАТЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ GENEXPERT MTB/RIF

### АННОТАЦИЯ

С внедрением экспресс-диагностики увеличилась выявляемость МЛУ ТБ так, за 9 мес. 2013 года зарегистрировано 1080 случаев против 757 за аналогичный период 2012 года. Сократились сроки начала лечения препаратами второго ряда (далее ПВР) с момента подтверждения МЛУ ТБ, тем самым снижается вероятность передачи нозокомиальной инфекции в стационарах ПТО. Значительно увеличился охват лечением ПВР больных МЛУ ТБ среди новых случаев и составил 95% за 9 мес. 2013 года, против 86% за 9 мес. 2012года (в абс. числах 477 и 371 соответственно). 2014году в абс.числах 486 ТБ+МЛУ больных.

**Ключевые слова:** устойчивость, чувствительность, микобактерия туберкулеза, Gene Xpert MTB/RIF, Бактек MGIT-960.

В современных условиях метод посева на стандартную среду Левенштейна-Йенсена позволяет выделить чистую культуру с дальнейшим определением лекарственной устойчивости, ферментативной активности, вирулентности, типовой принадлежности и некоторых других свойств, имеющих важное значение в клинике туберкулеза. Однако ему свойственны и недостатки, обусловлены длительностью сроков (3-10 нед.) появления видимых колоний микобактерий туберкулеза. Длительная продолжительность роста микобактерий имеет отрицательное значение в дифференциально-диагностических случаях, несущественна при определении бактериовыделителей среди новых случаев, оценки эффективности проводимого лечения и констатации прекращения бактериовыделения. В лечении туберкулеза очень важную роль играет точный и быстрый диагноз. В целях совершенствования микробиологической диагностики в нашей лаборатории используется, разработанная фирмой Бектонг-Дикинсон нерадиометрическая система индикаторных пробирок для выделения роста микобактерий в модифицированной жидкой питательной среде Мидлбрука 7Н9. Время обнаружения микобактерий колеблется от 5 до 13 дней в 88,7% случаях, 14-21 день в 9,2% и только в 2,1% случаях встречался на 22-39 день. Прибор оценивает пробу как отрицательную при отсутствии роста в течение шести недель (42 дня).

В век высоких технологий был недавно открыт быстрый и эффективный метод, называемый Gene Xpert MTB/RIF тестом. 07.05.2013 года на средства Глобального фонда в области было приобретено 4-х модульный аппарат молекулярно- генетического исследования Gene Xpert MTB/RIF, в результате внедрения которого сократились сроки постановки диагноза ТБ и МЛУ ТБ. Метод, представляет автоматизированный молекулярный тест на наличие микобактерий *Mycobacterium tuberculosis* и R устойчивости (менее чем за 2 часа) и обеспечивает высокую чувствительность и специфичность. Gene Xpert MTB/RIF тест обеспечивает быструю одновременную диагностику туберкулеза и устойчивости к R. Данная тест-система позволяет быстро обнаружить изоляты комплекса *M. Tuberculosis* с чувствительностью 95% при работе с положительным по мазку образцами пациентов и 55% при работе с отрицательными по мазку образцами пациентов.

В настоящее время тест-система Xpert MTB/RIF часто рекомендуется как первичный метод диагностики. Последовательное использования тест-системы позволит снизить затраты в ходе выполнения. Национальной программы по борьбе с туберкулезом вследствие уменьшения сроков диагностики, что позволит на ранней стадии обнаружить лекарственный чувствительный и устойчивый ТВ и подбирать наиболее оптимальные схемы лечения. Ожидается, что ранняя диагностика значительно повлияет на результаты проведения лечения, на снижение возникновения вторичной лекарственной устойчивости,

предотвращения распространения инфекции и сохранения жизни больных. Тест Gene Xpert MTB/RIF является наиболее продвинутой технологией в области диагностики туберкулеза на сегодняшний день.

Методы и материалы: В 2013г за 9 мес. на аппарате Gene Xpert MTB/RIF проведено 591 тестов, из них устойчивость определено у 233 пациентов. Проведенные устойчивости подтверждаются на традиционном методе твердой среде Левенштейна-Йенсена и на жидкой среде ВАСТЕС 960. На твердой среде (Л-Й) 184 больных 94% соответствует с результатом Gene Xpert MTB/RIF. На жидкой среде ВАСТЕС 960 у 45 больных 100% соответствует с результатом Gene Xpert MTB/RIF.

2014 году проведена 1950 тестов на 1853 больных. Получены следующие результаты; 933(50,3%), отрицательных 823(44,4%), ошибочны результат 102(5,2%). Из положительных 933случаев; ТВ(+)- в 551(59%), ТВ(+)+ в 424 случаях (45,4%), ТВ(+)- (не определен) 17(1,8%). Сравнительный анализ с золотым стандартом – Вастес MGIT показал, что метод Gene-Xpert обладает высокой чувствительностью.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Өкпенің диссеминирлі туберкулезі диагностикасындағы зерттеу әдістері / У. Т. Макулбаева [және т. б.] // Медицина. - 2015. - №1. - С. 75-76.
2. Бекмағанбетова Ә. Туберкулездің алдын алу / Ә. Бекмағанбетова // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2014. - №1. - С. 112-113.

## ТҮЙІН

- С.Б. Сағымбеков** - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).
- Н.Т. Утегенова** – зертхана меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [nazira.1968.16.02@mail.ru](mailto:nazira.1968.16.02@mail.ru)
- Г.К. Баймамутова** - бактериологиялық қызметі жөніндегі координатор, Облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Оңтүстік Қазақстан облысы
- Ф.О. Сабекова** - дәрігер лаборант, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Е.Д. Таймуратов** –клиницист фармаколог, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- И.Р. Кудайбергенов** - әдістемелік бөлім меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

## МОЛЕКУЛЯРЛЫ – ГЕНЕТИКАЛЫҚ GENEXPERT MTB/RIF 4- МОДУЛЬДЫ АППАРАТЫНА ДИАГНОСТИКАЛЫҚ СЫНАҚ

Жылдам диагностикалық тәсіл көптеген дәріге тұрақтылықты табу жұмысы жылдамдатты. 2012ж көптеген дәріге тұрақтылықпен 757 науқас тіркелсе, 2013ж 1080 науқас тіркелді. Екінші қатардағы дәрілермен емдеу уақыты қысқарды. Жаңадан есепке алынған науқастардың ішінде КДТ анықталған науқастардың саны өсумен, екінші қатардағы дәрілермен емдеу жұмысы ұлғайды. 2013ж 9 айда 95% құрады, 2012 жылы 9 айда КДТ көрсеткіші 86% құраған (абс. саны 477). ТБ+КДТ көрсеткіші 2014ж 486 санын құрады.

**Кілт сөздер:** тұрақтылық, сезімталдық, туберкулез микобактериясы, Gene Xpert MTB/RIF, Бактек MGIT-960.

## RESUME

- S.B. Sagimbecov**- MD, PhD, chief physician of regional anti tuberkulz clinici, Shymkent, Kazakhstan [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).
- N. T. Utegenova** -head of the bakteriogicae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- G. K. Baimamutova**- coordinasion of the bakteriogicae, Shymkent, Republica Kazakhstan
- I.R. Kydaibergenov** - head of the methods, Shymkent, Republica Kazakhstan
- F. O. Sabekova** - physician assistant, Shymkent, Republica Kazakhstan
- E.N. Taimuratov** – clicae pharmacologist, Shymkent, Republica Kazakhstan

## DIAGNOSTIC TEST 4 MODULAR APPARATUS OF MOLECULAR-GENETIC STUDIES OF GENE-XPERT MTB/RIF

Aim: Fast simultaneous diagnosis of tuberculosis and stability of Rifampicin Conclusion. With the introduction of express- diagnostic has been increased contemporary detection MLY TB so for 9 months of 2013 year registered 1080 cases against 757 for the same period in 2012 year. Reduced the term of the beginning of treatment by the preparation of second-line (further PBP), after confirmation of MLY TB, thereby reduces the

likelihood of transmission of nosocomial infections in hospitals tube hospital. Significantly increased the treatment coverage PBP patients MLY TB among new cases was 95% in the first 9 months of 2013 year, against 86% for the first 9 months of 2012 year (in absolute number 477 and 371 respectively) in 2014 year in absolute number 486 TB MLY patients.

*Key words:* stability, sensitivity, mycobacterium tuberculosis, Bactec MGIT, Gene Xpert.

**С.С.Кулгасова** – врач фтизиатр, Южно-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.

Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**В. Кастаева** - врач фтизиатр, Межрайонный противотуберкулезный диспансер, г. Сарыагаш, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**Б.Маметхонова** - врач фтизиатр, Межрайонный противотуберкулезный диспансер, г. Туркестан, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [varno\\_73kz@mail.ru](mailto:varno_73kz@mail.ru)

**М.Тезекбаев** - врач фтизиатр, Межрайонный противотуберкулезный диспансер, Толедбийский район, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [tolebi.tub@mail.ru](mailto:tolebi.tub@mail.ru)

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучить особенности туберкулеза легких в сочетании с ВИЧ инфекцией, находящихся на стационарном лечении в областном противотуберкулезном диспансере. ВИЧ – ассоциированный туберкулез в настоящее время чаще развивается у лиц молодого возраста. Туберкулез в основном развивается через 2-4 года и более после ВИЧ – инфицирования. Наиболее часто встречающейся формой является инфильтративный туберкулез в фазе распада. Микобактерии не обнаружены у 22,7% больных. Летальность составляет 56,2 %. Необходимые данные были получены при анализе статистических отчетов (ТБ-07,ТБ-08, ф.8-здрав), историй болезни и данных электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» за 2010-2014г. Создавшаяся ситуация требует переосмысления всей стратегии борьбы с туберкулезом, включая его профилактику, выявление, лечение, а также взаимоотношение между первичным здравоохранением, фтизиатрической службой и центрами диагностики СПИДа.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, ВИЧ – ассоциированный туберкулез, иммуноферментный анализ, парентеральный путь, центр СПИД.

В настоящее время, несмотря на проводимые меры по профилактике ВИЧ-инфекции, частота распространения этой патологии не ослабевает. Высокая пораженность населения ВИЧ будет способствовать распространению туберкулеза, так как установлено, что каждый третий ВИЧ – инфицированный через 6-7 лет заболевает туберкулезом. Лица, инфицированные одновременно ВИЧ и туберкулезом, особенно подвержены высокому риску. Ежегодная вероятность развития у них туберкулеза равна 5-10%, в то время как у другого контингента населения подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. Сочетание двух указанных заболеваний ухудшает прогноз течения заболевания и исходы лечения больных, обуславливает особенности в клинической и рентгенологической картине и др.

**Материалы и методы:** Проведен анализ данных историй болезни 256 пациентов с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом, прошедших лечение в областном противотуберкулезном диспансере г. Шымкент за 2010-2014гг. ВИЧ-инфекция подтверждалась обнаружением специфических антител к ВИЧ методами иммуноферментного анализа и иммунного блотинга к белкам ВИЧ -1 типа СПИД центром г. Шымкент. Туберкулез диагностировали на основании клинико-рентгенологических и бактериологических данных. Наличие микобактерии туберкулеза в мокроте определяли методами микроскопии мазка по Циль – Нильсену и посевом на стандартную среду Левенштейна – Йенсена, а также ускоренными методами диагностики туберкулеза- БАКТЕК.

**Результаты и обсуждения.** За 2010-2014г. в областном противотуберкулезном диспансере было пролечено 256 пациентов с ВИЧ – ассоциированным туберкулезом. По половой принадлежности больше болеют мужчины -207(80,9%). Среди заболевших было жителей города -80,5% (206), села- -19,5% (50), бомжей – 12,5% (32). Чаще ВИЧ – инфекция была среди лиц молодого возраста 18-44 лет -202 (78,9%).

Таблица 1 - Распределение пациентов с ВИЧ - ассоциированным туберкулезом по возрастам.

Возраст \ Годы	0-14	15-17	18-44	45 и выше	всего
2010	-	-	36	9	45
2011	-	-	30	7	37
2012	-	-	48	11	59
2013	1	-	56	12	69
2014	1	-	32	13	46
Итого	2	-	202	52	256

По данным эпидемиологического расследования причин инфицирования жителей Южно-Казахстанской области установлено, среди путей передачи ВИЧ – инфекции преобладает парентеральный путь, связанный с инъекционным введением наркотиков, который составил 48,0% (123 случай заражения), половой путь -16,4% (42), путь заражения неизвестен в 35,6% (91 случай). Установлена длительность заболевания ВИЧ – инфекции в течение года у 33,4% (86), 2-4 года -24,2% (62), 5 лет и более - 11,3% (29), определить время заражения не удалось в 30,9% (79) случаях.

Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ – инфекцией выявлено потребление инъекционных наркотиков у 42,6% (109) человек, злоупотребление алкоголем - у 28,2% (72) больных, треть больных - 29,7% (76) находились в заключении. Среди обследованного контингента большинство были неработающими лицами 60,9% (156), инвалидами - 16,0% (41) человек, имели работу только 12,5% (32). Проживали в отдельной квартире 26,6% (68), в коммунальной квартире – 5,9% (15), в частном доме без удобств - 40,2% (103), в частном доме с удобствами – 14,8% (38), не имели жилья -12,5% (32) человек.

При ретроспективном анализе полученных данных выявлено, что у большинства больных выявлена сначала ВИЧ – инфекция – 42,2% (108), туберкулез в 33,9% (87), и у 23,8% (61) пациентов заболевания выявлены одновременно при обследовании. При этом, анализируя время возможного заражения ВИЧ – инфекцией при одновременном выявлении обеих инфекций, можно предположить, что ВИЧ предшествовала туберкулезу.

Туберкулез был выявлен при проверочных осмотрах (ККФ) в 35,5% (91) случае, по обращаемости с жалобами в общую лечебную сеть – в 44,9% (115), выявлены в СПИД – центре 19,5% (50) случаев, что требует повышения настороженности врачей общей лечебной сети в отношении нередкого сочетания ТБ и ВИЧ, повышения знаний о его первых проявлениях. От начала заболевания до обращения к врачу в течение одной недели было – 12,1% (31) пациентов, 1-2 недели – 19,1% (49), 2-4 недели - 22,7% (58), более 4 недель – 46,1% (118) пациентов. Таким образом, большинство пациентов обращаются за помощью к врачу через месяц от начала заболевания. При обращении пациенты жаловались на повышение температуры тела в 35,9% (92), кашель 29,7% (76), диспептические расстройства – 22,6% (58), снижение массы тела -11,7% (30). У ВИЧ – инфицированных пациентов были выявлены следующие формы туберкулеза: инфильтративный туберкулез - 168 (65,6%); плевриты -19 (11,6%); диссеминированный туберкулез -16(9,8%); фиброзно-кавернозный -13 (7,9%); казеозная пневмония- 6,7% (11).

Из сопутствующих заболеваний самыми распространенными были заболевания бронхо – легочной системы – 38,2% (98) случаев, затем желудочно – кишечные заболевания - 33,2% (85) и гепатит 20,7% (53), при этом гепатит А – 7, гепатит В- 15, гепатит С -31 случай. Микобактерии туберкулеза (БК+) были обнаружены бактериоскопически у 103 (40,2%) пациентов, скопия и посев в 95 случаях (37,1%), обнаружены только методом посева в 22,6% (58) случаях. Не удалось обнаружить микобактерии туберкулеза у 58 (22,7%) пациентов. Лекарственная устойчивость выявлена у 172 (67,2%), полости распада на рентгенограмме – в 182 (71,1%) случаях. В процессе лечения улучшение было у 26,6% (68), пациентов, без динамики- 17,2% (44), умерли – 56,2% (144).

**Выводы.** ВИЧ – ассоциированный туберкулез в настоящее время чаще развивается у лиц молодого возраста. Туберкулез в основном развивается через 2-4 года и более после ВИЧ – инфицирования. Наиболее часто встречающейся формой является инфильтративный туберкулез в фазе распада. Микобактерии не обнаружены у 22,7% больных. Летальность составляет 56,2%. Таким образом, на основании представленного материала можно сказать, что ВИЧ – инфекция усугубляет течение и исход заболевания. Поэтому имеется необходимость интенсификации мероприятий по борьбе с этими заболеваниями, переосмысления всей стратегии борьбы с туберкулезом, включая его профилактику, выявление, лечение, а также взаимоотношение между первичным здравоохранением, фтизиатрической службой и центрами диагностики СПИДа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Левагина Е.Ю. и др. // Проблемы туберкулеза. Туберкулез у ВИЧ –инфицированных в г. Самаре. - М. 2010.- С. 23-24.

2. Король О.И., Лозовская М.Э., Пак Ф.П. Туберкулез и ВИЧ –инфекция // Фтизиатрия (справочник).- Питер.-2010.-С.223-225.
3. Ильина Г.П. //Туберкулез сегодня: Материалы VIIРос.съезда фтизиатров. –М. 2003. –С. -167-168.
4. Шилова М.В.// Проблемы туберкулеза. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009г. –М.2010.- С. -14-17.

#### ТҮЙІН

- С.С.Құлгасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- В. Кастаева** - ауданаралық туберкулезге қарсы диспансері, Сарыағаш қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)
- Б.Маметхонова** – ауданаралық туберкулезге қарсы диспансері, Түркістан қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [barno@mail.ru](mailto:barno@mail.ru)
- М.Тезекбаев** - ауданаралық туберкулезге қарсы диспансері, Төлеби ауданы, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [tolebi.tub@mail.ru](mailto:tolebi.tub@mail.ru)

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА АИТВ ЖҰҚҚАН АДАМДАРДА ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИ

Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінде 2010-2014 жылдар аралығында стационарлық ем алған 256 АИТВ науқасында өкпе туберкулезінің ерекшеліктерін анықтау барысында статистикалық есеп-қисап нысандары, науқастардың ауру тарихтары және «Туберкулез науқастарды бақылау Ұлттық регистрі» электрондық қорынан мәліметтер зерттелінді. АИТВ-мен қосарланған туберкулез - қазіргі жағдайда көп жағдайда жастар арасында кездеседі. Көбінесе, АИТВ-мен инфицирленген адамдар туберкулезбен 2-4 жылдан кейін ауырады. Жиі кездесетін түрі-ыдырау сатысындағы инфильтративті туберкулез. Микобактериялар науқастардың 22,7%-да анықталады. Стационарлық өлім көрсеткіші - 56,2 % құрайды. Қорытынды: Қалыптасқан жағдай туберкулезбен күрес стратегиясының қайта жаңартылып, алғашқы денсаулық сақтау ұйымдарының, туберкулез қызметінің және ЖИТС орталықтарының туберкулездің алдын - алу, анықтау, емдеу шараларында өзара бірлесе отырып, жұмыс істеуін талап етеді.

**Кілт сөздер:** АИТВ-инфекциясы, АИТВ қосарланған туберкулез, иммуноферментті анализ, тамырішілік жол, ЖИТС орталығы.

#### SUMMARY

- S.S.Kultasova** – regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- Ya.Kastaeva** - regional antituberculous clinic, c. of Saryagash, Republic of Kazakhstan [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)
- B.Mamethonova** -regional antituberculous clinic, c. of Turkestan, Republic of Kazakhstan, [barno@mail.ru](mailto:barno@mail.ru)
- M.Tezekebaev**- regional antituberculous clinic, c. Of Tolebi, Republic of Kazakhstan [tolebi.tub@mail.ru](mailto:tolebi.tub@mail.ru)

#### PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PEOPLE IN SOUTH KAZAKHSTAN OBLAST

To study the characteristics of pulmonary tuberculosis combined with HIV infection who are hospitalized in the regional TB dispensary. HIV - associated TB is now more likely to develop in young people. Tuberculosis is mainly developed in 2-4 years or more after HIV - infection. The most common form is the infiltrative tuberculosis in a phase of decay. Mycobacteria are not detected in 22.7% of patients. The mortality rate is 56.2%. The necessary data were obtained by analyzing the statistical reports (TB-07, TB-08, f.8-sensible), histories and danyh electronic database tracking tuberculosis patients' National Register of TB patients "for 2010-2014g. Conclusions: This situation requires a rethinking of the entire TB control strategy, including its prevention, detection, treatment, as well as the relationship between the primary health, TB services and centers of AIDS diagnosis.

**Key words:** HIV infection, HIV - associated TB, enzyme immunoassay, parenteral, AIDS Center.

С.М. Ералиев - пульмонолог-консультант, главный (внештатный) пульмонолог. г.Алматы, e-mail: kurmanter@gmail.com

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: доказать важность и необходимость клинических данных и старых клинических методов установления диагноза –пробного лечения (*diagnosis ex juvantibus*) в диагностике и дифференциальной диагностике болезней для врачей интернистов, т.к. даже самые совершенные из современных методов исследования далеко не всегда являются абсолютно специфичными и точными. В наши дни, как и в прошлые века, туберкулез легких во всем мире остается ведущей причиной смерти среди всех инфекционных заболеваний. Ежегодно в мире от туберкулеза умирает около 3 млн. человек, а в развивающихся странах один из каждых 5 случаев смерти связан с туберкулезом. Даже в развитых странах, в связи глобализацией (особенно это связано с миграцией в развивающихся странах) туберкулез вновь стал серьезной проблемой [1]. При этом разнообразие клинических и рентгенологических проявлений туберкулеза легких часто обуславливает частые ошибки при его диагностике. Причем существенных сдвигов при преодолении этой проблемы не намечается. Например, по данным Г.Р.Рубинштейна [2], в бывшем Советском Союзе в середине прошлого века случаи расхождения первоначального и уточненного диагнозов при туберкулезе легких составляло 35-45%. Но в конце 90-х годов А.Г.Хоменко [3] также приводит аналогичную частоту ошибочной диагностики туберкулеза, составляющую 34-40%. Получается в современных условиях, когда стали доступными высокоинформативные методы исследования, трудности диагностики ТЛ ничуть не уменьшились воспаление.

**Ключевые слова:** пневмония, дифференциальная диагностика, туберкулез, физикальные данные.

Пневмония, в частности внебольничная пневмония, тоже относится к наиболее частым заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. И несвоевременная диагностика пневмонии не менее опасна, чем туберкулеза легких. Серьезным упущением является позднее выявление ТЛ, когда процесс «далеко зашел»: идет хронизация и необратимые изменения в легких. К тому же за этот период больной успевает заразить многих из окружающих его лиц. Один из частых дифференциально-диагностических ошибок допускаются при разграничении между специфическим и неспецифическим воспалениями легких.

Материалы и методы: Изучены истории болезни (анамнез, физикальные данные, обще-клинические и биохимические анализы), амбулаторные карты больных областей республик, поступивших на лечение в пульмонологическое отделение центральной больницы г. Алматы, изучен флюоро- рентгенологический архив. Современные ученые подчеркивают, что сейчас нельзя ориентироваться на представления недавнего прошлого [2], относящие к ошибкам диагностики туберкулеза только расхождение клинического и патоморфологического диагнозов. По данным А.Г.Чучалина [4] в РФ в 2002 г. было зарегистрировано 390,5 случаев пневмонии на 100 000 населения. В патоморфологических исследованиях, проведенных в Москве и Санкт-Петербурге в 1999 г., ошибки при дифференциальной диагностике пневмоний с другими воспалительными заболеваниями легких составляют более 30% случаев [5]. Не последнюю роль в этих диагностических ошибках играет как раз туберкулез легких [6]. Поэтому изучение особенностей клинических проявлений и характера течения пневмонии и туберкулеза легких для целей дифференциальной диагностики является актуальной задачей пульмонологии и фтизиатрии.

Результаты и обсуждения. При диагностике инфильтративного туберкулеза легких, по клинике, необходимо обращать внимание на наличие продромального периода, обусловленного туберкулезной интоксикацией. В классических учебниках описывают, что в этот период больного беспокоят слабость, потливость, повышенная утомляемость, боли в области сердца [7]. Но не будем забывать, что это симптомы любой интоксикации (в том числе пневмонической) и/или вегетодисфункции (особенно у лиц пожилого возраста). Но, тем не менее, даже при остром течении заболевания в отличие от пневмонии более чем у половины больных можно установить постепенное нарастание симптоматики, которое нередко вначале интерпретируется как грипп или острая респираторная вирусная инфекция. Ряд авторов подчеркивает, что при специфическом процессе, между первым проявлением заболевания и появлением острой симптоматики может быть период улучшения состояния и стихания симптомов [8], что, кстати, удлиняет сроки обращения больного к врачу и, соответственно, правильной постановки диагноза.

Иногда инфильтративный туберкулез легких сопровождается кровохарканьем. Тем не менее, этот симптом не может служить диагностическим критерием туберкулеза легких. Не будем забывать, что кровохарканье может быть и при ХНЗЛ (если пневмония развилась на фоне хронических инфекций органов дыхания), геморрагических бронхитах, при поражении легких при системных васкулитах, при раке легких.



При обзоре медицинской литературы до сих пор можно встретить такое утверждение, что в отличие от пневмонии, при туберкулезе легких интоксикационный синдром умеренно выражен, лейкоцитоз не превышает  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ в пределах 20-30 мм/ч [9]. Но, я думаю, это несущественный дифференциальный критерий. В некоторых случаях, зачастую так начинается и протекает и пневмония.

Физикальные данные при инфильтративном туберкулезе легких обычно скудные, лишь иногда выслушиваются локальные мелкопузырчатые хрипы, чаще при покашливании. Однако при наличии распада хрипы более выражены. Можно сказать, что чем обширнее инфильтративный процесс, тем чаще встречаются хрипы. При пневмонии физикальная картина более выражена, при этом чаще, чем при туберкулезе, выслушиваются бронхиальное дыхание, влажные хрипы, а иногда сухие, свистящие хрипы, обусловленные бронхоспазмом. У больных инфильтративным туберкулезом легких даже при поражении доли легкого не встречается выраженного бронхиального дыхания, которое всегда наблюдается при пневмонии. При туберкулезе легких обычно выявляется скудная аускультативная симптоматика при наличии довольно обширных специфических поражений легких, в то время как у больных пневмонией, даже при ограниченных воспалительных изменениях в легких, выслушивается выраженное бронхиальное дыхание с обилием разнокалиберных хрипов. Существенных различий в клинических проявлениях у больных инфильтративным туберкулезом легких и пневмонией не отмечается. Однако такие симптомы, как кровохарканье и отсутствие хрипов при аускультации, встречаются почти в 2 раза чаще у больных инфильтративным туберкулезом легких, в то время как плевральная боль, бронхиальное дыхание и крепитация были более характерны для больных пневмонией [10].

К сожалению, самостоятельное лечение больными, с приемом антибиотиков, перед обращением к врачу зачастую искажает клиническую картину пневмонии, в том числе аускультативные данные. Тем не менее, как клиницист, я думаю, что то золотое правило, которое вывели фтизиатры еще в начале 20-го века, до сих пор актуально при дифференциации этих двух заболеваний. Это правило гласит: туберкулез легких дает скудную аускультативную симптоматику, прослушивающуюся с помощью стетоскопа, на фоне больших поражений легких; пневмония дает выраженные хрипы и жесткое бронхиальное дыхание при незначительных воспалительных процессах в легких.

Определенную роль играют изменения в периферической крови, при туберкулезе легких - это лимфопения и моноцитоз, а при пневмонии - палочкоядерный нейтрофилез и резко ускоренное СОЭ. Золотым стандартом при диагностике обеих патологий является рентгенологическое подтверждение. Эти изменения играют важную роль и при дифференциальном диагнозе пневмонии и туберкулеза легких. В первую очередь надо учитывать локализацию процесса в легких. Для инфильтративного туберкулеза характерно преимущественное поражение I, II, VI сегментов, для пневмонии - III, IV, V, VII, VIII, IX и X сегментов. Но нельзя и забывать, что возможна локализация туберкулезного инфильтрата в средней и нижней долях легкого (в 3% случаев). В этих случаях дифференциальная диагностика инфильтративного туберкулеза легких и пневмонии только по рентгенологическим данным особенно трудна.

При всех вариантах инфильтративного туберкулеза легких характерно не только наличие инфильтративной тени, часто с распадом, но и возможное бронхогенное обсеменение, которое имеет определенные закономерности, что может служить косвенным дифференциально-диагностическим признаком, отличающим туберкулез легких от пневмонии. Для инфильтратов, локализующихся в верхней доле, характерным является наличие одиночных очагов обсеменения по периферии и в передних (III, IV и V), и нижних (VII, VIII, IX и X) сегментах. Рентгенологически в верхних или нижних долях легких, на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяются участки более однородной, чем при туберкулезе, инфильтрации с нечеткими контурами. Эти рентгенологические симптомы в значительной степени определяют дифференциальную диагностику с пневмонией различной локализации, для которой они не характерны [11].

Таким образом, можно констатировать, что клинико-рентгенологические проявления инфильтративного туберкулеза легких и пневмонии имеют определенные особенности. Но необходимо учитывать, что не всегда течение болезни укладывается под классическое описание этих патологий. Поэтому решающим в диагностике туберкулеза легких является выявление микобактерии туберкулеза (МБТ). Тем не менее, врачи первичной медицинской сети должны знать, что микобактерии могут быть найдены в мокроте и у больных с другими диссеминациями (у 58% больных при саркоидозе и злокачественных диссеминациях, у 23% при распространенных неспецифических пневмониях). При оценке результатов микробиологических исследований следует иметь в виду, также, хотя весьма редкую возможность "феномена выхода". С этим феноменом приходится сталкиваться в тех случаях, когда в зону деструкции легочной ткани при пневмонии или раке легкого попадает старый обызвествленный туберкулезный очаг [12].

Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза легких и пневмонии в последнее годы значительно усовершенствовались. Появились иммунологические тесты и биомаркеры при диагностике туберкулеза легких или пневмонии. Это привело к оттеснению на второй план клинических данных (анамнез, физикальное обследование) среди врачей интернистов при диагностике и дифференциальной диагностике болезней.



Однако, недооценка последних служит одной из предпосылок для диагностических ошибок. Приведенные выше факторы «исключения из правил» даже при обнаружении МБТ в мокроте, показывают, что даже самые совершенные из современных методов исследования далеко не всегда являются абсолютно специфичными и точными. Это говорит о том, что все еще бывает случаи, когда трудно быстро и точно провести диагностическую грань между этими заболеваниями. Тогда мы прибегаем к одним из старых клинических методов установления диагноза – это проведение пробного лечения (*diagnosis ex juvantibus*). При этом врач ориентируется на динамику клинической, лабораторной и рентгенологической картины после проведения неспецифической антибактериальной (чаще) или пробной химиотерапии (реже). При лечении антибиотиками широкого спектра действия у больных пневмонией отмечается положительная рентгенологическая динамика, параллельная исчезновению клинических симптомов заболевания. Хотя, при отсутствии положительной динамики, необходимо помнить о некоторых формах пневмонии требующих особой терапии (например – пневмоцистная пневмония и т.д.) и о раке легких. Но эта тема требует отдельного разговора.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Хоменко А.Г. Туберкулез вчера, сегодня и завтра. // Проблема туберкулеза.-1997.-№6. -С.9-12.
2. Рубинштейн Г.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких. -М., 1954.-376
3. Хоменко А.Г. Туберкулез. Руководство для врачей. -М.: Медицина, 1998. -493 с.
4. Чучалин А.Г. Белая книга пульмонологии (Россия 2003). — М.-67 с
5. Чучалин А.Г. Актуальные вопросы пульмонологии.// РМЖ. -2000,-Том 8. -№17. -С.727-729
6. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. -М.: Экономика и информатика, 2002. -480с.
7. Фтизиатрия: Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН М.И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007
8. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. М., 2010. 82 с.
9. Литвинов В.И., Мороз А.М. Лабораторная диагностика туберкулеза. М., 2001. 175 с
10. Пульмонология: национальное руководство // Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. М., 2009. 949 с.
11. Мишин В.Ю., Дейкина О.Н., Назарова Н.В. Дифференциальная диагностика туберкулеза легких и внебольничной пневмонии // Consilium medicum. 2004. Т. 6. № 4. С. 232–238.
12. Пузанов В.А., Попов С.А., Мишин В.Ю., Владимирский М.А. Микобактерии – возбудители туберкулеза. Кн. 2. Гл. 7. Руководство по медицинской микробиологии. – Книга 2. – Частная медицинская микробиология и этиологическая диагностика инфекций // Под ред. А.С. Лобинской, Н.Н. Костюковой, С.М. Ивановой. М., 2010. С. 234–269.

#### ТҮЙІН

**С.М. Ералиев** - пульмонолог-кеңесші, Алматы қаласының бас (штаттан тыс) пульмонологі, e-mail: [kurmanter@gmail.com](mailto:kurmanter@gmail.com).

#### ПНЕВМОНИЯНЫҢ ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Статистикалық мәліметтер, әлі де боса өкпе түбіркүлезі мен пневмонияның ортасында шектеме диагноз өткізу кезінде қателер көп кететінін көрсетіп отыр. Мақалада осы мәселені шешу үшін осы аурулардың әр қайсысына тән клиникалық және зертхана мен құрал-саймандық тексерулер мәліметтерін ұштастыру жолдары көрсетілген. Бүгін, ғасырлар өткелі, бүкіл әлемде барлық жұқпалы аурулардың арасында өлім-жітімнің негізгі себебі туберкулез болып қалып отыр. Жыл сайын әлемде туберкулезден шамамен 3 млн. адам өледі. Даму елдерде әрбір бес өлім туберкулезбен байланысты. Тіпті дамыған елдерде (әсіресе дамушы елдерде көші-конға байланысты) туберкулез күрделі мәселе [1] болып қалып отыр. Өкпе туберкулездің клиникалық және рентгенологиялық көріністерінің әр-түрлігіне байланысты диагнозды қою үшін жиі қателіктерге әкеледі. Бұл мәселені жою қазіргі таңда мүмкін болмай тұр. Мысалы, G.R.Rubinshyteyna сәйкес [2], бұрынғы Кеңес Одағында бастапқы және қорытынды диагноздардың арасында өкпе туберкулез диагностикасында айырмашылықтар 35-45% құрады. Сондай –ақ, 90-жылдардың соңында А.Г.Хоменко [3], туберкулез диагнозын қою кезінде қателіктердің жиілігі 34-40% -да кездесетіндігін көрсеткен. Сонда, қазіргі таңда, зерттеудің қолжетімді жоғары ақпараттық әдістердің заманында өкпе туберкулезін анықтауда диагностикалық қиындықтар әле де төмендеген жоқ.

**Кілт сөздер:** пневмония, ажыратпалы диагноз, туберкулез, физикалық деректер, қабынуы

#### SUMMARY

S.M.Yeraliev - pulmonologist assistant chief (freelance) pulmonologist. Almaty city, [kurmanter@gmail.com](mailto:kurmanter@gmail.com).

## DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PNEUMONIA AND PULMONARY TUBERCULOSIS

According to statistical data, percentage of errors still remains high while conducting differential diagnostics of tuberculosis of the lungs and pneumonia. The aim of the article was to describe the methods of using clinical, laboratory and instrumental data having specific features in each of the diseases. Today, as in centuries past, tuberculosis around the world remains the leading cause of death among all infectious diseases. Every year the world's tuberculosis kills about 3 million. People, and in developing countries, one in every five deaths associated with tuberculosis. Even in developed countries, because of globalization (especially related to migration in developing countries) TB has once again become a serious problem [1]. This diversity of clinical and radiological manifestations of pulmonary tuberculosis often leads to frequent errors in his diagnosis. And significant advances in overcoming this problem is not planned. For example, according G.R.Rubinshteyna [2], in the former Soviet Union in the middle of the last century, cases of differences of initial and further diagnosis pulmonary tuberculosis was 35-45%. But in the late 90s A.G.Homenko [3] also gives a similar rate of misdiagnosis of TB component of 34-40%. It turns out in the present conditions, when made available highly informative methods of research, diagnostic difficulties TL did not decreased.

**Key words:** pneumonia, differential diagnosis, tuberculosis, physical data, inflammation.

**С.С.Култасова** – врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Ч.Ж. Косыбаева** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Ш.Е. Айымбекова** - врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**К.А.Капанова**- врач фтизиатр городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучение факторов риска, влияющих на течение заболевания: сроки и исход лечения. Статистический анализ был получен по данным электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом Южно-Казахстанской области» за 2010-2014гг., изучены истории болезни и амбулаторные карты больных туберкулезом, получивших лечение в Областном противотуберкулезном диспансере. Выводы: статистический анализ показал, что в общем контингенте больных туберкулезом за последние 5 лет: с 2010 по 2014гг., по данным электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом Южно-Казахстанской области» имеется высокий уровень факторов риска, влияющих на исходы лечения и длительность диспансерного наблюдения – это социальный (71,8%), медицинский (16,7%), наличие вредных привычек (3,0%) и другие (8,5%). Устранение данных факторов может радикально повлиять на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, эффективность лечения и снижения возврата болезни.

**Ключевые слова:** Национальный регистр больных туберкулезом, факторы риска, социально-профессиональный статус, общая лечебная сеть.

В Южно-Казахстанской области эпидемиологическая ситуация по туберкулезу имеет тенденцию к стабилизации. Тем не менее, отрицательное влияние на течение инфекции оказывают такие факторы, как различные привычки, социальный статус больных и др.

**Материалы и методы.** Необходимые данные были получены при анализе статистических отчетов, выборочной сверке истории болезни и амбулаторных карт больных туберкулезом и данных базы электронного слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» за последние 5 лет: с 2010г. по 2014г.

**Результаты и их обсуждение.** После принятия в 1998 году Указом Президента Республики Казахстан Стратегии по борьбе с туберкулезом, рекомендованной ВОЗ, с 2000г. в стране была внедрена

система электронного слежения за больными туберкулезом. Национальный регистр больных туберкулезом (НРБТ), основанный на полицейском сборе информации диспансерного контингента, внедрен в нашей области с 2003г. В течение этого периода накоплен большой опыт использования системы электронного слежения за больными и значительный материал персонифицированных данных на каждого больного туберкулезом.

Разработанная и функционирующая Национальная электронная информационная система дает возможность изучения факторов риска как в целом по области, так и на отдельных ее территориях. Электронная база данных заполняется на основе медицинских карт больных туберкулезом, извещений №89 - у и историй болезней. Достоверность вводимых в базу данных и правильно собранный качественный анамнез позволяют анализировать любые количественные и качественные параметры по туберкулезу.

Целью нашего исследования явился анализ характера факторов риска, которые имеют непосредственное влияние на сроки и исход лечения.

По данным электронной базы Национального регистра больных туберкулезом нами изучены факторы риска за последние 5 лет: 2010-2014гг. Было установлено, что среди контингента больных активным туберкулезом 62,0% случаев имели факторы риска. Причем, оказалось, что каждый больной имел не один отрицательный фактор, а несколько. На основе имеющихся в базе данных информации мы распределили ее на группы: медицинские, социальные, вредные привычки и другие.

**Таблица 1 - Распределение больных ТБ по социально- профессиональному статусу за 2010-2014гг.**

годы соц-проф. факторы (%)	2010	2011	2012	2013	2014	Ср. арифм.знач.
Служащий	3,8	3,2	3,9	3	3,2	3,4
Рабочий	5,9	5,9	5	5	6,3	5,6
Пенсионер	7,8	8,2	9	10,7	10,8	9,3
Организованные дети	5	5,8	5	2,8	2,9	4,3
Неорганизованные дети	0	0	0	0,9	0,5	0,3
Учащийся	0	0	0	0	0,2	0,0
Самозанятость	1	1	1	0,4	2,5	1,2
Безработный	64	61,9	65	62,8	56,7	62,0
Студент	0,1	0,1	0,3	3	3,4	1,4
Осужденный	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Медработник ОЛС	0,4	0,3	0,4	0,6	0,5	0,4
Медработник ПТУ	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2
Домохозяйка	0,3	0,4	0,5	2,3	4,2	1,5
БОМЖ	0,3	1,1	0,8	2,6	1,8	1,3
Мигрант	0,1	0,2	0,1	0,4	1,5	0,5
Другое	11,3	11,9	9,3	5,0	7,2	8,5
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Как видно из таблицы 1, наибольший удельный вес составили социальные факторы, которые были выявлены в 71,8% случаев. Данную группу в большей степени составляли безработные - 62%, пенсионеры, как наиболее уязвимый контингент - 9,3%, рабочие – 5,6%. В 4,6% случаях – дети из неблагополучных семей. Осужденные составили в среднем 0,2%, бездомные - 1,3%. Данная категория лиц имеет тенденцию к нарастанию. Неблагополучие ситуации по туберкулезу отмечается среди студентов, мигрантов и домохозяек. Если в 2010г. доля заболевших студентов составляла 0,1%, то в 2014г. - 3,4%; среди мигрантов - 0,1% и 1,5%, а домохозяек - 0,3% и 4,2% соответственно. Имели значение такие факторы, как место трудовой деятельности, при которой могло иметь место напряженная психологическая обстановка. К ним отнесены работники медицинских учреждений -0,6%, причем работники ОЛС, как категория лиц менее настороженных по туберкулезу, чем специалисты ПТУ, заболели туберкулезом в 2 раза чаще: 0,4%:0,2%.

Следующей по значимости группой среди факторов риска были медицинские факторы, которые в общем контингенте больных туберкулезом составили 16,7%. Среди них чаще всего отмечены сопутствующие заболевания, которые встречались более чем у половины больных (62,4%).

В развитии заболевания имело значение контакт с больными туберкулезом, установленный в 4,6% случаев. Среди медицинских факторов в контингенте больных туберкулезом в 3,5% были лица, страдающие сахарным диабетом, в 2,1% - женщины в послеродовом периоде, беременные –в 0,5%, а возникновение заболевания среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, – 2,1%, среди лиц, находившихся в местах лишения свободы за последние 2 года, с наркоманией- 0,5%.

Обращает внимание то, что еще один медицинский фактор, сопутствующий туберкулезу и имеющее тенденцию к медленному, но неуклонному росту – это ВИЧ – инфицирование (1,8%). Таким образом, в 16,7% случаев отрицательным моментом в развитии туберкулеза были медицинские факторы – это сопутствующие заболевания (62,4%), в частности сахарный диабет (3,7%), контакт с туберкулезными больными (4,6%), женщины в послеродовом периоде (2,1%), сочетание с ВИЧ-инфекцией (1,8%) и психо-эмоциональные нагрузки в медицинских учреждениях ОЛС и ПТУ (0,4% и 0,2 % соответственно).

Таблица 2 - Распределение больных ТБ по факторам риска за 2010-2014гг.

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	Ср.арифмзн ачение
Факторы риска (%)						
Контакт с ТБ	6,0	4,0	3,2	2,0	2,4	3,5
Контакт с ТБ МЛУ	1,0	1,0	1,0	1,2	1,1	1,1
Контакт с ТБШЛУ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Сахарный диабет	2,0	3,8	3,7	3,8	4,0	3,5
Наркомания	0,0	1,1	0,5	0,5	0,2	0,5
Злоупотребление алкоголем	3,0	3,2	2,1	0,9	1,3	2,1
Нахождение в местах лишения Свободы за последние 2 года	2,0	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8
Беременность	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5
Женщины в послеродовом периоде до 1 года	2,0	2,3	1,3	2,0	2,8	2,1
ВИЧ	1,4	1,2	2,0	2,5	1,7	1,8
Неизвестно	82,0	81,1	84,0	84,9	84,3	83,3
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

В базе данных НРБТ о вредных привычках указаны сведения только о больных с наличием алкоголизма и наркозависимости. В целом это группа составила 3,0 %, в которой на алкоголизм приходится 66,7% и наркозависимость -33,3%. Кроме того, следует отметить, что группа «Другие» составила в среднем 8,5%, в которую вошли различные отрицательные факторы без их описания, но они имеют место, как факторы, способствующие распространению туберкулезной инфекции, среди которых могли быть прочие факторы и заболевания различных органов и систем. Этому подтверждение - не снижение неизвестных факторов (83%), что в основном связано с некачественным сбором анамнеза.

**Выводы:** Таким образом, было установлено, что в общем контингенте больных туберкулезом за последние 5 лет: с 2010 по 2014гг., по данным электронной базы, имеется высокий уровень факторов риска, влияющих на исходы лечения и длительность диспансерного наблюдения – это социальный (71,8%), медицинский (16,7%), наличие вредных привычек (3,0%) и другие (8,5%), которые оказывают сдерживающее влияние на эффективность лечения, длительности диспансерного наблюдения и, в конечном итоге, на снижение контингента больных туберкулезом.

Устранение данных факторов способствует улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе, позволит сократить сроки лечения, повысить эффективность химиотерапии и снизить рецидивы болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.Турсынбаева А.С. Эпидемиология туберкулеза в Республике Казахстан//Фтизиопульмонология №1(15), Алматы.,2009. – С.37-40.
2. Игембаева К.С. и др. // Структура заболеваемости впервые выявленных больных туберкулезом детей и подростков . Фтизиопульмонология № 1(15).-2009. – Алматы., С.22-25.

#### ТҮЙІН

**С.С.Құлгасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 87771387518, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Ч.Ж. Косыбаева** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Ш.Е.Айымбекова** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Қ.А.Қапанова**- қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДАМУЫНА ҚАУІПТІ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ

**Мақсаты:** туберкулездің ағымына: оның мерзіміне және емнің нәтижесіне қауіпті факторлардың әсерлерін зерттеу. Статистикалық талдау соңғы бес жылға жасалынды. Қажетті материалдар туберкулезге шалдыққан науқастарды бақылауға арналған электронды қор «Туберкулез науқастардың Ұлттық регистрінен» және науқастар ауру тарихтары мен амбулаторлық карталарды зерттеу арқылы жасалынды. Жасалынған қорытынды: туберкулез ауруына әсер ететін бейімдік мәнбірлер зерттеліп, олардың ішінде әлеуметтік факторлар -71,8%, медициналық-16,7%, зиянды әдеттер – 3,0% және басқалары –8,5% болды. Осы факторлардың әсері туберкулезге қарсы емін тиімсіз етеді, диспансерлік бақылауды ұзартып, сырқаттық көрсеткішін жоғарлатады. Аталған қауіпті факторларды жою және науқастардың әлеуметтік жағдайын жақсарту арқылы туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың тұрақтануына, емнің тиімділігін арттыруына және туберкулез дертінің қайталануын азайтуға оң нәтижесін тигізетіндігі айқын.

**Кілт сөздер:** Туберкулез науқастарды бақылау Ұлттық регистрі, қауіпті факторлар, әлеуметтік-кәсіби факторлар, бастапқы медициналық-санитарлық жүйе.

### SUMMARY

**S.S.Kultasova** – regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, 877713875518, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**C.J. Kosibaeva** - regional antituberculous, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Sh.E.Aimbekova** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, , [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**K.A. Kapanova** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, , [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### INFLUENCE RISK FACTORS FOR TUBERCULOSIS

**Objective:** To study the risk factors affecting the course of the disease: the timing and outcome of treatment. Statistical analysis was prepared according to the electronic database tracking tuberculosis patients' National Register of TB patients in South Kazakhstan region "for 2010-2014., Studied history and hospital records of TB patients who received treatment in the regional TB dispensary. **Conclusions:** The statistical analysis showed that in general, TB patients in the last 5 years: from 2010 to 2014gg., According to the electronic database tracking tuberculosis patients' National Register of TB patients in South Kazakhstan region "has a high level of risk factors affecting outcomes treatment and the duration of follow-up - it is a social (71.8%), health (16.7%), the presence of harmful habits (3.0%) and others (8.5%). Eliminating these factors can radically affect the epidemiological situation of tuberculosis, the effectiveness of treatment and reduce the return of the disease.

**Keywords:** National Register of TB patients, risk factors, socio-professional status, the overall health system.

ӘОЖ 616-002.5-084(574)

**Атемов Т.А.** – Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы мониторинг тобының маманы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Бектемир Т.К.**– Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы мониторинг тобының маманы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Исламқұлов С.Ю.** - Оңтүстік Қазақстан облыстық туберкулезге қарсы мониторинг тобының маманы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

### ОҚО ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ШАРАЛАРДЫ БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ МАҢЫЗЫ

#### АННОТАЦИЯ

Осы мақалада ОҚО бойынша мониторинг және бақылау тобы жұмысының нәтижелігін анықтау мақсатында 2013-2014 жылдар арасында туберкулез бойынша негізгі көрсеткіштеріне мониторинг нәтижелеріне сараптама жүргізілді. Облыс бойынша туберкулезді қадағалаудағы мониторинг және бағалау тобының жалпы Ұлттық туберкулезге қарсы бағдарламаны орындаудағы маңызы зор екендігі анықталды.

**Кілт сөздер:** туберкулез, мониторинг және бақылау тобы, туберкулезді анықтау.



Мониторинг әрдайым жүргізіліп отыратын үрдіс, ол индикаторларға негізделіп мәлімет жинау, осы мәлеметтерді сараптау және бағдарламаны енгізу үрдісіндегі қажет етілген коррекцияны жасау болып табылады. Мониторингтің негізгі міндеті бағдарламаның орындалуы мен бекітілген стандарттардың арасындағы сәйкестік дәрежесін анықтау. Бұл жайт медицина қызметкерлерінің жұмыс орындарындағы қиындықтарды шұғыл анықтауға және оларды шешуге ықпал жасайды.

Ұлттық туберкулезге қарсы бағдарламаны орындаудағы Мониторинг және бағалау (МжБ) орны ерекше, стратегиялық жоспарлау мен жағдайды бағалаудағы қажет мәліметті береді. Республикадағы туберкулезді қадағалаудағы МжБ жүйесі бағдармалары оң нәтижелер мен кемшіліктерді анықтау, ұсыныстар жасау, денсаулық сақтаудың басқа секторларымен коммуникация деңгейін бағалау. МжБ жүйесінде мәліметтерді үнемі жинау, оларды өлшеу, нәтижелерді бағалау, адами және қаржылай ресурстарына байланысты негізделген шешім қабылдау жүргізіледі.

МжБ міндеттеріне туберкулез бойынша үнемі объективті және шыншыл мәліметтерді жинау және талдау, туберкулез бағдарламалары индикаторлары бойынша жұмыстың нәтижелілігін анықтау, туберкулездегі өзекті сұрақтарды анықтау, туберкулезді нәтижелі қадағалау мақсатындағы іс шараларды жоспарлау жатады. Жұмыс мақсаты. ОҚО бойынша МжБ тобы жұмысының нәтижелігін анықтау.

Деректер мен тәсілдер. Қойылған мақсатқа жету үшін ОҚО бойынша МжБ тобы жұмысына талдау жүргізілді, яғни 2013-2014 жылдар туберкулезге қарсы жұмыстың нәтижесін талдау. Аталған топ 08.01.2011 жылы құралған. Облыста 12 аудан, 2 қала және облыс орталығы Шымкент қаласында барлығы халық саны 2 711 040 болатын, қызмет көрсету шеңбері 40км ден 260км жетеді. 2014 жылы МжБ тобы мамандары, кесте бойынша аудан, қала емдеу мекемелеріне мониторингтік тексеріс жүргізіп, емдеу мекемелерінде туберкулездің алдын алуда атқарылған жұмыстарына талдау жүргізіліп, Туберкулез мәселелері Ұлттық орталық (ТМҰО) белгілеген стандарты форматқа сай анықтамалар жазылып, ТМҰО-ға жіберіліп отырады. Сонымен қатар мониторинг қорытындысы емдеу мекемелері және туберкулезге қарсы ұйым (ТҚҰ) басшылығына ұсыныстар беріледі.

Туберкулезді ерте анықтаудың бірден бір жолы емханаға келген науқастар арасындағы туберкулезге күдіктілерді тексеру, яғни ТБ 15 журналына тіркеу, диагностикалық алгоритм жүргізу қазіргі таңға дейін БМСК жүйесінде әлі де өз деңгейінде емес. Оның басты себебі аймақтық дәрігерлердің біліктілігі мен жауапкершілігінің төмендігі, сондай ақ, жергілікті ТҚҰ тарабынан бақылаудың жоқтығы. Мысалы, 2013 жылы ОҚО бойынша туберкулезге қарсы сақтық көрсеткіші 0,3% құраса, ал 2014 жылы 1,6% артқан, яғни оң нәтиже бар деген сөз, алайда Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) бойынша стандарт 2-3% құрайды. Сонымен бұл бағыт бойынша әлі де жұмыс жүргізілуі тиіс.

Бүгінде облыстағы барлық туберкулезге қарсы диспансерлерінде бакскопиялық лабораториялар ұйымдастырылған және баклаборантармен қамтылған. Облыс бойынша мониторинг жүргізілу барысында 2013 жылы БМСК жүйесіндегі микроскопия әдісімен туберкулезді анықтау тиімділігі 2,4 болса, ал 2014 жылы 3,4 құрайды, яғни туберкулезді анықтау тиімділігі артып отыр, дегенмен ДДСҰ бойынша стандарт 5-10% болғандықтан БМСК жүйесіндегі микроскопия әдісімен туберкулезді анықтау тиімділігін арттыру бойынша жұмыс жүргізілуі тиіс. Бұл үшін патологиялық материал, яғни қақырық дұрыс жинау және қажет болған жағдайда сақталуы мен тасымалдануы дұрыс жолға қойылмаған.

Туберкулезді ерте анықтауда БМСК жүйесінде орындалатын жұмыстар көп. Ол үшін туберкулезбен сырқаттанушылықтың жоғары қауыпы бар (қауыпты топ) топтарды дұрыс түзу және оларды флюорографиялық тексерістен жылына 1 рет өткізу. 2013 жылы халықты туберкулезге алдын алу тексерумен қамту 99,5%, оның ішінде 861 науқас анықталып, яғни 1000 тіркелгеннен 0,7 тең болған. Ал 2014 жылы халықты флюорографиялық тексеру 100% орындалып, оның ішінде 900 науқас туберкулезбен байқалған және 1000 тексерілгенге 0,8. 2014 жылы табылған науқастардың 55,3% тексеруден табылған, бұл көрсеткіш 70% артық болуы қажет. Көрсетілген мәліметтер бойынша туберкулезді анықтаудағы профилактикалық флюорографиялық тексерістің жоспары жоғары деңгейде болғанымен, негізгі профилактикалық тексеруден өтетін «қауыпты топ» контингенттері толық әрі уақтылы болуы керек.

Облыста аудандық туберкулезге қарсы диспансерлердің стационар бөлімшелерінің қысқартылуына байланысты науқастарды конверсия болғаннан кейін, амбулаториялық жағдайды БМСК жүйесінде емін жалғастырады. Осы қолдаушы кезеңдегі туберкулезге қарсы химиотерапия жүргізу сапалы болуы үшін тікелей қадағалап емдеу (ТҚЕ) кабинеттері мен егу кабинеттерінің маңызы артып отыр.

Мониторинг және бағалау жұмысы сонымен бірге балалар арасындағы туберкулез көрсеткіштерін де анықтады. Балалар арасындағы қауыпты топ әлі күнге дейін өз дәрежесінде құрылмауда, атап өтсек, бұрынғы инфекцияланған, әлеуметтік жағдайы төмен, басқа жақтан келген жанұя балалары қауыпты топқа еңгізілмеуі; кейбір аудандарда Манту сынамасы қар аша мен желтоқсан айларына жоспарланғаннан, жыл соңына дейін толық тексеріліп болмайтыны. Облыс бойынша 2013 жылы туберкулин диагностикасы Манту сынамасы әдісімен 98,7% оның ішінде 27 науқас, 8972-вираж, 718-гиперергиялық реакциямен анықталды. Ал туберкулин диагностикасы Манту сынамасы әдісімен 2014 жылы 101,4% болып, оның ішінде 30 науқас, 9063-вираж, 649-гиперергиялық реакциямен анықталды. Жалпы облыс көлемінде профилактикалық тексеру Манту сынамасы арқылы біршама жақсарғанын айтуға болады, тек сынама қорытындысына ТҚД, БМСК

және СЭҚБ мамандарымен бірлескен талдауы қажет, бұл жағдай күдіктілік нәтижесін төмендетуге ықпал жасайтыны анық.

Облыста барлық перзентханаларда егу кабинеттері ұйымдастыралған, неонатолог дәрігерлерімен қамтылған. ҚР ДСМ-нің 22.08.2014жылы №19 бұйрығына сәйкес БЦЖ вакцинасы егілуде, бірақ кейінгі кезде діни теріс көзқарастық ағымдардың пайда болуына байланысты БЦЖ вакцинасынан бас тартатын ата-аналар саны көбеюде, мысалы, 2013 жылы 84 жағдай, ал 2014 жылы 131. Бұл жағдай осы ата-аналармен түсіндіру санитарлық ағарту жұмысының төмендігін көрсетеді және әйелдер кеңесі кабинетінен басталуы қажет. Аталған бұйрық бойынша жаңа туылған нәресте себепсіз перзентханадан БЦЖ вакцина егусіз шығарылмауы тиіс, ал босанған әйел флюорографиялық тексерусіз. Егер де туылған нәресте егусіз шығарылған болса, оның жанұя мүшелері түгел туберкулезге тексерілуі керек, алайда бұл жұмыс жасалынып жүрген жоқ.

Сонымен қатар, туб ошақтағы профилактикалық жұмыстар сапасы төмен, өйткені аудандық туберкулезге қарсы диспансері, БМСК және СЭҚБ өз ара жүйелі бірлескен жұмыс болмағандықтан.

Санитарлық ағарту жұмысы барысында барлық туберкулезге қарсы ұйымдарда «пациент мектебі» құрылып, жауапты медицина қызметкерлері тағайындалған. Барлық іс шаралар Облыстық салауатты өмір салты орталығымен келісілген іс жоспар бойынша елді мекендерде, ұжымдарда, оқу орындарында, халық көп жиналатын жерлерде және емдеу мекемелерінде жоғары деңгейде атқарылуда. Санитарлық ағарту жұмыстарының форматы қазіргі заманауи талаптарына сай, яғни санитарлық ағарту парақтары, көрнекті құралдар, телерадио жүйесіндегі сұхбаттар мен дәрістер, газеттердегі мақалалар, дөңгелек үстелдер, сұрақ – жауап түрінде жүргізіледі және әрі қарай да сапалы болуы қажет.

ОҚО бойынша МЖБ тобы қызметі барысында анықталған кемшіліктерді жою мақсатында туберкулезге қарсы ұйымдардағы қызметкердің біліктілігін арттыру үшін 2013 жылы облыс бойынша 1348 қызметкер, олар 12 фтизиатр, 809 БМСК дәрігерлері, ал қалғандары орта буын және бакскопиялық лаборатория қызметкерлері болды. 2014 жылы – барлығы 319 қызметкер, оның ішінде 10 фтизиатр, 219 БМСК дәрігерлері және қалғаны орта буын қызметкерлері туберкулез бойынша біліктілігін арттырды. Басқа сөзбен айтқанда, туберкулезге қарсы ұйым қызметкерлерінің білім деңгейін арттыру негізгі бағыттардың бірі және орындалу деңгейі жоғары.

Қорытындылай келгенде, облыс бойынша туберкулезді қадағалаудағы мониторинг және бағалау тобының жұмыс бағыты дұрыс анықталған, қажеттілігінде күмән жоқ, мақсаты анық, әділ және тәуелсіз нәтижесі бар екендігі айқындалды.

#### ӘДЕБИЕТИЕР

1. Тәбріз Н. С. Фитоактопротекторларды туберкулездің кешенді емінде қолданудың болашағы / Н. С. Тәбріз // Медицина и экология. - 2010. - № 1. - 6-9 бет.
2. Тәбріз Н. С. Фитопрепараттардың гепатопротекторлық әсері және оларды туберкулездің кешенді емінде қолдану / Н. С. Тәбріз // Фармацевтический бюллетень. - 2009. - № 11-12. - С. 30-33.
3. Өкпенің диссеминирлі туберкулезі диагностикасындағы зерттеу әдістері / У. Т. Макулбаева [және т. б.] // Медицина. - 2015. - №1. - С. 75-76.

#### РЕЗЮМЕ

**Атемов Т.А.** – специалист областной противотуберкулезной группы мониторинга и оценки по ЮКО, Республика Казахстан

**Бектемир Т.К.** – специалист областной противотуберкулезной группы мониторинга и оценки по ЮКО, Республика Казахстан

**Исламкулов С.** - специалист областной противотуберкулезной группы мониторинга и оценки по ЮКО, Республика Казахстан

#### РОЛЬ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИИ В ЮКО

В данной статье показана роль и значение группы мониторинга и оценки и результаты повышения качества противотуберкулезных мероприятия по Южно-Казахстанской области.

**Ключевые слова:** туберкулез, группа оценки и мониторинга, качество противотуберкулезных мероприятий.

#### SUMMARY

**Atemov T.A.** it is a specialist of regional antiphthisic group of monitoring and estimation on ЮКО, Republic of Kazakhstan

**Bektemir T.K.** it is a specialist of regional antiphthisic group of monitoring and estimation on ЮКО, Republic of Kazakhstan



**Islamkulov C.** it is a specialist of regional antiphthisic group of monitoring and estimation on ЮКО, Republic of Kazakhstan

### ROLE OF MONITORING AND ESTIMATION ANTIPHTHISIC EVENT IN ЮКО

This article shows the role and importance of the monitoring and evaluation and results to improve the quality of TB control activities of the South Kazakhstan region.

**Key words:** tuberculosis, group the appraisal and, quality of protivotuberkulez measures.

ӘОЖ 616-002.5-057.875

**Л.Т. Касаева** – Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, терапиялық пәндері кафедрасы  
доцент м.а., м.ғ.к.

**П.К. Бердалиев** - Қазақстан Республикасы Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансері, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**З.Е. Жолдыбекова**- Қазақстан Республикасы Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансері, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Б.М. Егенов**- Қазақстан Республикасы Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансері, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

#### АННОТАЦИЯ

Осы жұмыста Шымкент қаласы бойынша 2012-2014 жылдар аралығында студенттердің туберкулезге шалдығу себептеріне, анықталуына және клиникалық ерекшеліктеріне сараптама жасалды. Қала бойынша туберкулезге шалдығу көрсеткіші осы уақыт аралығында 100 мың халық санына 78,9 дан 73,7 ге төмендеуімен қатар студенттер арасында 53,4 тен 20,2 ге төмендегені анықталды. Оның 85,0% профилактикалық флюорографиямен анықталып, соның нәтижесінде өкпедегі ыдырау үрдісімен анықталғандар 35,7% дан 16,6% ға төмендеген, бірақ та барлық тіркелген жағдайдың 70,0%-ын өкпенің инфилтративті туберкулезі құрып отыр. Студенттер арасында туберкулезбен аурушандық төмендегенімен әліде болса оның ішінде бірқатар мәселелер бар, мысалы дер кезінде анықтау, олардың үйлесімді күн тәртібі мен салауатты өмір сүру салтына дағдыландыру мақсатында ақпараттық-насихаттық түсіндіру жұмыстарын үнемі өткізіп тұру.

**Кілт сөздер:** студенттер туберкулезі, алдын алу, анықтау, емдеу.

Қоғамда студент жастар өмір, сүру салты ерекше, өз ұстанымдары мен мінез-құлықтық эталондары бар топ ретінде қарастырылады. Соңғы екі онжылдықта жастар денсаулығының көрсеткіштерінің төмендеуі байқалады. Оның себептерінің бірқатары – ұтымсыз тамақтану, гиподинамия, стресс. Студенттер арасында әлеуметтік маңыздылығы бар аурулардың, соның ішінде туберкулезге шалдығу және оны анықтау мәселелерінің бүгінгі таңда маңыздылығы артпаса кеміген жоқ. Олардың денсаулығы аса көңіл бөлуді қажет етеді, бірақ жоғарғы оқу орындарында студенттер көп болғандықтан олардың әрқайсысының денсаулығын қадағалау мүмкін емес. Студенттер ортасы тығыз болуына байланысты туберкулез пайда болған жағдайда тез тарап кету қаупі бар, сондықтан оны ерте сатыда анықтау маңызды болып отыр.

Материалдар. Шымкент қаласында 2012-2014 жылдары туберкулезбен ауырған студенттердің амбулаториялық карталары мен ауру тарихтары ретроспективті зерттеліп, сараптама жасалынды. Осы кезендерде туберкулезбен ауырған студенттер 2012 жылы 18 жағдай, 2013 жылы - 11, 2014 жылы 11, жалпы есепке алынған және емделген 40 студент болды ( кесте 1), оның ішінде ерлер 17 (42,5%), қыздар 23 (57,5%). Қала бойынша туберкулезге шалдығу көрсеткіші осы уақыт аралығында 100 мың халық санына 78,9 дан 73,7 ге төмендеуімен қатар студенттер арасында 53,4 тен 20,2 ге төмендегенін №1 кестеден көруге болады.

#### 1-ші Кесте - Студенттердің туберкулезге шалдығуы

Жыл	Жалпы студенттер саны	Туберкулезбен ауырған студенттердің саны	
		Абс. саны	100 мың халық санына
2012	33720	18	53,4
2013	38544	11	28,5
2014	54341	11	20,2

Туберкулезге қарсы іс-шаралар негізінен ауруды ерте сатыда анықтауға бағытталған. Студенттер «қауіпті топта» бақыланып профилактикалық флюорографиялық тексеруден өтуіне байланысты басым көпшілігі осы әдіспен 34 (85,0%), 6 (15,0%) өзі қаралумен анықталған. Осының нәтижесінде өкпенің ыдырау қуысымен анықталуы 35,7% дан 16,6% ға төмендеген. Туберкулез таяқшасын бөлетін науқастар әр жылда 1 жағдайдан тіркелген, яғни туберкулездің эпидемиологиялық тұрғыдан қауіпті түрінің төмендеуі, сонымен қатар дер кезінде уақытылы анықталуына себеп.

Бірақ та, тіркелген жағдайлардың арасында өкпе туберкулезінің инфильтративті түрі жиі кездеседі, ол туберкулездің аса қолайсыз түрі, яғни тез арада өкпе ыдырау қуысының пайда болып, туберкулез таяқшаларының бөлінуіне әкеледі (кесте 2).

2-ші Кесте - Туберкулездің клиникалық түрлері

Клиникалық түрлері	Жылдар		
	2012	2013	2014
Инфильтративті туберкулез	13	9	6
Ошақты туберкулез	1	-	-
Туберкулезді плеврит	3	1	3
Өкпенің шашыранды туберкулезі	-	1	-
Туберкулезді спондиллит	-	-	1
Туберкулезді лимфаденит	1	-	1
Оның ішінде өкпе ыдырау қуысы	5	-	1
Туберкулез таяқшасын бөлетін науқастар	1	1	1
Барлығы	18	11	11

Кесте 2-ден байқағанымыздай барлық тіркелген жағдайдың 70,0% өкпенің инфильтративті туберкулезі құрап отыр, ыдырау сатысында анықталғандар 20,0%, туберкулез таяқшасын бөлетіндер 10,0%. Туберкулез ауруына шалдығу негізінен бастапқы курс студенттері арасында жиірек кездеседі, яғни олардың жаңа ортаға, коллективке бейімделуі, қалыптасқан тәртіптің өзгеруі, уақыттарын тиімді пайдалана алмауы, дұрыс тамақтанбау, қоршаған ортаның зиянды әдеттеріне әуестік (темекі, ішімдік) орталық нерв жүйесіне кері әсерін тигізіп, организмнің қорғаныш қызметін төмендетеді.

Жасалған сараптама барысында жоғарғы курс студенттеріне қарағанда бастапқы курстағылардың жиірек ауыратыны анықталып отыр, оны 3- кестеден көруге болады. Тіркелген 40 жағдайдың 26-ы (65,0%) 1-2 курс студенттері болса, жоғары курстағылар 14 (35,0%). Науқастардың 20,0% жатақхана тұрғындары, яғни басқа жақтан оқуға келген студенттер.

3-ші Кесте - Туберкулезге шалдыққан студенттердің курстары бойынша тіркелуі

Жылдар	1 курс	2 курс	3 курс	4 курс
2012	6	7	5	
2013	3	4	3	1
2014	2	4	3	2
Барлығы	11	15	11	3

Емделу барысында 2 науқаста тұрақтылық анықталуына байланысты 4 санатқа ауыстырылып, екінші қатардағы дәрілер тағайындалған, қалғандары 1 санат бойынша емін толық аяқтады.

Қорытынды: Студенттер арасында туберкулезді анықтауда профилактикалық флюорографияның маңыздылығын науқастардың 85,0%-ы осы әдіспен анықталғаны дәлелі болады. Оны 100 %-ға жеткізу осы оқу орындарындағы мұғалімдердің әдістемелік басқаруы мен студенттер ұйымдарының бақылауы арқылы жүзеге асырылуы керек. Бастапқы курс студенттерінің жиірек ауыратынын ескере отырып олардың үйлесімді күн тәртібі мен салауатты өмір сүру салтына дағдыландыру мақсатында ақпараттық-насихаттық түсіндіру жұмыстары, әртүрлі сауалнамалар жүргізу, дөңгелек үстелдер және семинарлар студенттік кәсіподақтардың ұйымдастырылуымен өткізілуі тиіс. Көпбалалы және толық емес отбасынан шыққан, басқа жақтан келген студенттерді ескере отырып оларды жатақханамен қамтамасыз ету қажет. Студенттердің дұрыс тамақтануын ұйымдастыру мақсатында оқу орындары және жатақхана жанынан асханалар ашылуы қажет.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

- 1.Большакова Н.А., Корецкая Н.М., Елизаров В.М. Вопросы выявления и клиники туберкулеза у студентов медиков//Тезисы VI национального Конгресса по болезням органов дыхания.- Новосибирск, 1996.
- 2.Муминов Т.А., Ни З.И., Сарымбетова З.Д., Расликова Н.М. Туберкулез у студентов //Фтизиопульмонология 2003 - №1(3) – С.90-92.
- 3.Байарстанова К.А., Табриз Н.С., Бидайбаев Н.Ш., Кузнецова В.И., Семашко Н.С., Альгожин Е.Ж. Туберкулез у студентов г. Караганды //Фтизиопульмонология – 2004 - №2(6) – С.15-16.
- 4.Абишева З.С., Исакова У.Б., Айхожаева М.Т., Асан Г.К., Исмагулова Т.М. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті. Студенттердің денсаулығы мен өмір сүру салты //13 октября 2014 УДК 614.2 – 057.875:301.085:392

## РЕЗЮМЕ

- Л.Т.Касаева** – и.о. доцента кафедры терапевтических дисциплин, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, к.м.н., [L\\_Kasaeva@mail.ru](mailto:L_Kasaeva@mail.ru)
- П.К.Бердалиев**- городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)
- З.Е.Жолдыбекова**- городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)
- Б.М.Егенов**- городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПО ГОРОДУ ШЫМКЕНТ

В данной статье дан подробный анализ причинам заболевания туберкулезом среди студентов за период с 2012-2014 г.г, методам выявления, а также клиническим особенностям. За данный период отмечается снижение заболеваемости туберкулезом по г. Шымкент с 78,9 до 73,7 на 100 тысяч населения, а среди студентов с 53,4 до 20,2 на 100 тысяч населения. Из них 85,0% выявлены при профилактическом флюорообследовании, что привело к снижению выявления деструктивных форм туберкулеза с 35,7% до 16,6%. Однако все же 70,0% всех выявленных форм составляет инфильтративный туберкулез. Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом среди студентов, необходимо постоянно проводить санитарно-просветительную работу по своевременному выявлению, профилактике туберкулеза, а также соблюдению режима и ведению здорового образа жизни.

*Ключевые слова:* Туберкулез среди студентов, профилактика, выявление, лечение.

## SUMMARY

- L.T.Kasaeva** - is I.o. of associate professor of department of therapeutic disciplines Yuzhno-Kazakhstan state pharmaceutical academy, k.m.n., [L\\_kasaeva@mail.ru](mailto:L_kasaeva@mail.ru)  
Источник: [pereklad.online.ua/russko-angliyskiy/](http://pereklad.online.ua/russko-angliyskiy/)
- P.K. Berdaliyev** – Municipal Antituberculosis Dispensary, Shymkent, Republic of Kazakhstan [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)
- Z.E. Zholdybekova** - Municipal Antituberculosis Dispensary, Shymkent, Republic of Kazakhstan [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)
- B. M. Yegenov** - Municipal Antituberculosis Dispensary, Shymkent, Republic of Kazakhstan [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## DISTINCTIVE FEATURES OF TUBERCULOSIS AMONG SHYMKENT STUDENTS

The article focuses on the analysis of Shymkent students' infection with tuberculosis, manifestation and finding clinical features for 2012-2014. Findings show some decrease in quotient of city population infected with tuberculosis from 78.9 to 73.3 for 100 thousand people, and from 53.4 to 20.2 among students respectively. Although 85 % were detected by Prophylactic fluorography resulting in decrease of disclosure of symptoms by lung cavum decay from 35.7% to 16.6%, infiltrative tuberculosis makes 70% of registered cases.

Cases of students' susceptibility to tuberculosis have decreased to some extend there are still challenges to be managed as timely detection of symptoms and conducting scheduled informative consultations for students aimed at leading well-balanced healthy lifestyle.

*Key words:* Students' tuberculosis, prevention, manifestation, detection, treatment.

УДК 616.24-002.2-002.5 : 615.32

**Сергазина А.О.** – к.м.н., и.о. доцента кафедры терапевтических дисциплин, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан  
**Джакашева Ж.А.** – Интерн кафедры хирургии, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

## ТИОТРОПИУМ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

### АННОТАЦИЯ

Для лечения больных впервые выявленными формами туберкулеза во второй фазе химиотерапии на фоне интермиттирующего применения антимикобактериальных препаратов показано применение тиотропиума.

**Ключевые слова:** туберкулез, бронхообструкция, эффективность, тиотропиум.

Патогенез бронхообструктивного синдрома в острой фазе впервые выявленного туберкулеза достаточно сложный. Он включает воспалительные инфильтративно-фибринозные, казеозные и деструктивные изменения в стенках бронхов, продолжительный спазм гладкой мускулатуры бронхов, аспирационный, ателектатический компоненты бронхообструкции и экспираторный коллапс бронхов с развитием синдрома гиперинфляции (обструктивной эмфиземы) легких. В результате мукоцилиарной недостаточности, возникающей на фоне интоксикации, происходит нарушение процессов очищения бронхов от слизи, гнойных и казеозных масс.

По мере затихания острых воспалительных изменений в легочной ткани наблюдается частичное восстановление бронхиальной проходимости за счет обратимых компонентов бронхообструкции: рассасывание инфильтрации, уменьшение спастической реакции гладкой мускулатуры бронхов. Тем не менее, БОС продолжает определяться в течение всего курса химиотерапии и долгое время после его окончания, особенно в тех случаях, когда исходом туберкулеза явились значительные остаточные изменения в виде фиброза, очагов бронхогенной диссеминации, эмфиземы, пневмосклероза и плевральных срощений.

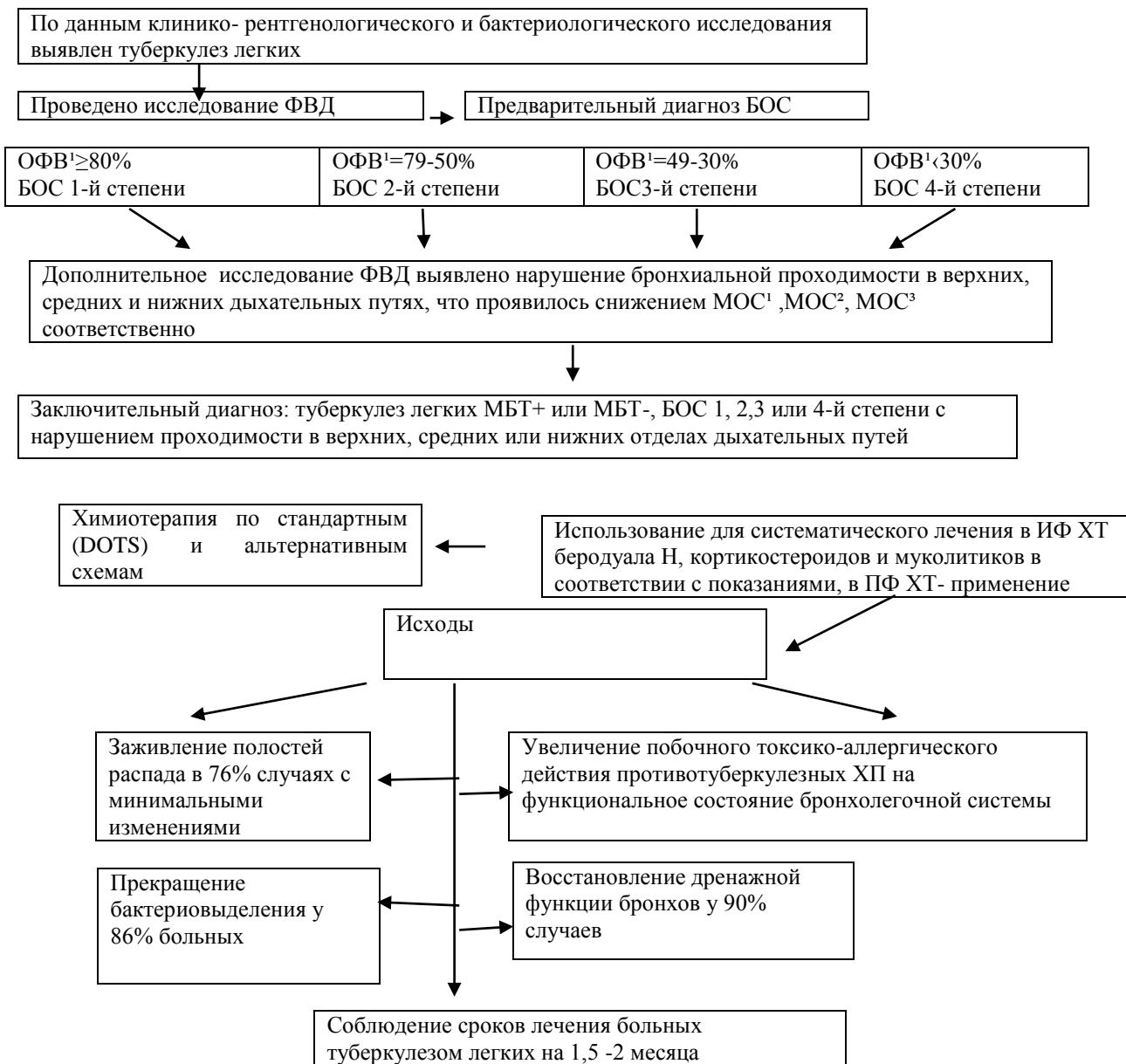
**Материалы и методы:** Нами проведен анализ использования тиотропиума бромида при бронхообструктивном синдроме у 180 больных различными клиническими формами туберкулеза.

**Результаты и обсуждение.** Частота обструкции бронхов и степень ее выраженности были отчетливо взаимосвязаны с формой туберкулеза легких, протяженностью и длительностью заболевания. Нарушения бронхиальной проходимости выявлены в 47,5% случаев. Туберкулезу бронхов в 86,4% случаев сопутствовали нарушения бронхиальной проходимости. Причем у больных без признаков специфической интоксикации обструкция имела место в 31% случаев и проявлялась в виде незначительных изменений в системе мелких бронхов. У больных же с интоксикационным синдромом степень выраженности обструкции бронхов была значительной и встречалась в 86,6% наблюдений. У больных без бактериовыделения нарушения бронхиальной проходимости наблюдались в 32,6% случаев, при скудном выделении микобактерии туберкулеза - 40,2% и при массивном - в 65,0%.

В механизме бронхиальной обструкции при туберкулезе большое значение имел функциональный бронхоспазм, выявленный у 70,0% больных. Он проявлялся рядом клинико-рентгенологических и функциональных признаков. К числу наиболее простых и надежных методов верификации бронхообструктивного синдрома относится спирографическое исследование ФВД с определением ОФВ1, МОС25, МОС50, МОС75. При снижении ОФВ1 на 10–30% от должной величины диагностируют бронхообструктивный синдром I степени, в интервале 31–50% - II степени и более 50% - III степени. У подавляющего большинства больных бронхообструкция является генерализованной с преобладанием наиболее тяжелых нарушений бронхиальной проходимости в нижних (дистальных) и средних отделах дыхательных путей, что проявляется преимущественным снижением МОС75 и МОС50.

Начиная с 3–4-го месяцев стандартного курса химиотерапии у большинства больных достигалось прекращение бактериовыделения, стихание воспалительных изменений в легочной ткани и дыхательных путях. Дальнейшее лечение антимикобактериальными препаратами проводилось в поддерживающем режиме. Именно на этапе «долечивания», когда сняты явления интоксикации и химиопрепараты назначаются в интермиттирующем режиме (через день или два раза в неделю), чаще всего проявляются аллергические побочные реакции на антимикобактериальные препараты, которые сопровождаются усилением бронхоспазма.

Таблица 1- Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при бронхообструктивном синдроме у больных туберкулезом



На этом втором этапе химиотерапии препаратом выбора для лечения БОС является тиотропиум. Больные тиотропиум применяли 1 раз в сутки по 18 мкг через порошковый капсульный ингалятор (Handi Haler).

Тиотропиум является антихолинергическим бронходилататором, оказывающим избирательное холинолитическое воздействие преимущественно на мускариновые рецепторы, расположенные в гладкой мускулатуре бронхов (M3-рецепторы).

Тиотропиум прекращает действие четырех патогенетических механизмов бронхиальной обструкции, обусловленных гиперреактивностью парасимпатической иннервации дыхательных путей.

К ним относятся: бронхоспазм, гиперсекреция слизи бокаловидными железами бронхиальных стенок, активация афферентных окончаний вагуса в туссогенных зонах, набухание слизистых оболочек дыхательных путей в результате расширения сосудов.

Таблица 2 - Показания для проведения систематических курсов лечения тиотропиумом больных туберкулезом легких, подразделенных на категории, согласно приказу № 19 от 22.08.2014г

Категории больных	Режим лечения
Новый случай бациллярной формы ТБ легких. Тяжелый случай абациллярной формы ТБ легких	Тиотропиум 18мкг 1раз в сутки в течение 4 месяцев поддерживающей терапии после 2 месяцев интенсивной ХТ в сочетании с беродуалом Н
Рецидив бактериовыделения после завершения курса лечения или в связи с перерывом в лечении	Тиотропиум 18мкг 1раз в сутки в течение 5 месяцев(после 3 месяцев иненсивной ХТ в сочетании с беродуалом Н, кортикостероидом и муколитиком)
Нетяжелый случай абациллярной формы ТБ легких	Тиотропиум 18мкг 1раз в сутки в течение 2-3 месяцев( после 2 месяцев интенсивной ХТ в сочетании с беродуалом Н)
Хронические формы ТБ легких	Тиотропиум 18мкг 1раз в сутки в период ремиссии ТБ
Все категории больных ТБ легких при наличии соопустствующих ХОБ, эмфиземы легких, пылевых заболеваний легких	Тиотропиум 18мкг 1раз в сутки пожизненно при отсутствии противопоказаний , предусмотренных инструкцией

При систематическом применении тиотропиума в дозе 18 мкг в сутки достигалось стойкое увеличение ОФВ1, ПОС выдоха. Уменьшение остаточной емкости легких и резервного объема вдоха под воздействием тиотропиума сопровождалось уменьшением гиперинфляции, что влекло за собой повышение эффективности альвеолярной вентиляции и оксигенации крови. На фоне систематического лечения тиотропиумом происходит стойкое снижение бронхиального сопротивления на выдохе и нормализация внутригрудного давления, что предотвращает развитие эмфиземы легких и нарушений гемодинамики в системе малого круга кровообращения.

В табл. 2 приведены показания для проведения систематических курсов лечения тиотропиумом больных туберкулезом легких, подразделенных на категории, согласно приказу № 19 от 22.08.2014г. Предлагаемая система этапной патогенетической терапии БОС тесно интегрирована в стандартные схемы химиотерапии. Интенсивную фазу ХТ у впервые выявленных больных I, II категорий необходимо дополнять назначением бронходилататоров двойного действия, содержащих  $\beta_2$ -агонисты и ипратропиум, кортикостероиды и муколитики, в соответствии с показаниями. Второй этап - фазу «долечивания» - курсами поддерживающей терапии БОС, оптимальным решением которой является систематическое применение тиотропиума в течение 2–5 месяцев в зависимости от категории больных.

Патогенетическую терапию БОС у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких рекомендуется проводить в 2 этапа. В период обострения ТБ, наряду с применением индивидуальных схем ХТ, рекомендуется проводить интенсивное лечение БОС с использованием бронходилататоров двойного действия и муколитиков. По мере наступления ремиссии ТБ рекомендуется продолжать лечение БОС. Препаратом выбора для проведения поддерживающего лечения БОС у больных фиброзно-кавернозным ТБ в фазе ремиссии является тиотропиум. У больных цирротическими и диссеминированными формами ТБ с хроническим течением показано пожизненное применение тиотропиума при отсутствии противопоказаний. Группе больных, излеченных от ТБ, но имеющих большие остаточные туберкулезные изменения в виде фиброза, туберкулом, плотных очагов, обширных плевральных сращений с наличием сопутствующей эмфиземы, ХОЗЛ и нарушением ФВД, показано пожизненное применение тиотропиума 2 раза в году по 2–3 месяца. Таким образом, морфологическая основа бронхообструктивного синдрома наблюдается в 98 % случаев, при этом необходимо отметить обратимость данного процесса при туберкулезе. В интенсивной фазе его можно успешно корректировать назначением комбинированных бронхоспазмолитиков двойного действия, содержащих  $\beta_2$ -агонисты и холинолитики. Для лечения больных впервые выявленными формами туберкулеза во второй фазе химиотерапии на фоне интермиттирующего применения антимикобактериальных препаратов показано применение тиотропиума.

**Выводы.** В результате лечения БОС у больных ТБ легких наблюдались: дальнейшее восстановление дренажной функции бронхов у 90 % больных; заживление полостей распада в 76 % случаев с минимальными остаточными изменениями; прекращение бактериовыделения у 86 % больных; сокращение сроков лечения больных на 1,5–2 месяца; уменьшение побочного токсико-аллергического действия противотуберкулезных химиопрепаратов, особенно стрептомицина и рифампицина, на функциональное состояние бронхолегочной системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Нефедова В.Б., Соколова Т.П. Значение бронхоспазма в развитии бронхиальной обструкции при туберкулезе легких // Проблемы туберкулеза. - 1999. - № 1. - С. 36-38.
2. Норейко С.Б. Бронхообструктивный синдром у больных деструктивным туберкулезом легких. Функциональный аспект // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2004. - Т. 8, - № 1. - С. 130-135.
3. Шальмин А.С. Диагностика бронхиальной обструкции у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких в условиях противотуберкулезного диспансера // Проблемы туберкулеза. - 1987.- № 3. - С. 27-28.
4. Шальмин А.С. Мукоцилиарный транспорт у больных туберкулезом легких, осложненным бронхиальной обструкцией // Проблемы туберкулеза. - 1999. - № 10. - С. 26-28.
5. Норейко С.Б. Целевая патогенетическая терапия бронхообструктивного синдрома у больных туберкулезом легких // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2005. -Т. 2, № 2. - С. 276-281

## ТҮЙІН

**Сергазина А.О.** – м.ғ.к., доцент м.а, терапиялық пәндер кафедрасы, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы  
**Жакашева Ж.А.**- хирургия кафедрасының интерны, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗДЕГІ БРОНХООБСТРУКТИВТІ СИНДРОМІНІҢ ЕМІНДЕГІ ТИОТРОПИУМНЫҢ ӘСЕРІ

Микобактерияға қарсы дәрі-дәрмектердің үзік пайдалану аясында химиотерапияның екінші кезеңінде жаңадан диагнозы ТБ бар науқастарды емдеу үшін тiotropium қолдануын көрсетеді.

**Кілт сөздер:** туберкулез, бронхообструкциясы, тиімділігі, тiotropium.

## SUMMARY

**Sergazina A.O.** – M.D., South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan  
**Jakasheva J.A.** – surgery department . KazNMY

### TIOTROPIUM IN TREATMENT OF BRONHOOBSTRUCTIVE SYNDROME AT TUBERCULOSIS/

For treatment of patients the first educed forms of tuberculosis in the second phase of chemotherapy on a background intermittent application of antimycobacterial preparations application of tiotropium is shown.

**Keywords:** tuberculosis, bronhoobstructive, efficiency, of tiotropium.

УДК 616.24-002.5 : 616.379-008.64]-039

**А.О.Сергазина**, к.м.н, и.о. доц., Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, e-mail: A.O/Sergazina @ mail.ru  
**Л.Т. Касаева**, к.м.н., и.о.доц., Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан, L\_Kasaeva@ mail.ru  
**Ш.Б.Омашева**, заведующая отделением №4, Южно-Казakhstanский областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан

### ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

## АННОТАЦИЯ

Изучены особенности течения, клинических проявлений, диагностики и лечения сочетания туберкулеза легких и сахарного диабета.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, сахарный диабет.

Туберкулез легких (ТЛ) и сахарный диабет (СД), взятые по отдельности, являются серьезными заболеваниями, а при их сочетании возможна, непредвиденная динамика болезни. Одним из первых указал



на частое осложнение СД туберкулезом Мортон (1694). Специфическое поражение легких у больных СД встречается в 5 раз чаще, чем в общем среди населения [1-5]. При этом больные диабетом мужчины подвержены риску заболевания туберкулезом в 3 раза больше, чем женщины. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о большом риске развития туберкулеза у больных некомпенсированным СД [1,3].

Возникновение ТЛ может быть связано с первичным заражением или реактивацией старых туберкулезных очагов [2–5,7]. Развитие туберкулеза в результате суперинфекции может быть доказано при изучении заболеваемости туберкулезом в условиях внутрисемейного контакта. В большинстве случаев у больных СД на рентгенограмме выявляются остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза. Результаты анализа причин тяжелого и нередко прогрессирующего течения ТЛ у больных СД свидетельствуют, что, кроме отрицательного влияния диабета на течение туберкулеза, большое значение имеют нарушение режима и ошибки в лечении больных с нераспознанным заболеванием. Отрицательное влияние диабета, в частности, может быть компенсировано адекватным режимом и лечением, если у больного еще не развились необратимые изменения [3,15,20,28].

Так как легкие формы СД длительное время не проявляются, часто делается необоснованное заключение, что к туберкулезу присоединился диабет или что оба заболевания наступили одновременно. Поэтому, если больной СД не проходит регулярный клинико-рентгенологический контроль, то ТЛ диагностируют поздно, да еще и в уже запущенной стадии [2]. Установлено, что состояние толерантности к углеводам в значительной степени зависит от течения легочной процесса: чем выше стресс, вызванный инфекционным процессом, тем большая потребность в инсулине [2,4,5]. При скрытой несостоятельности инсулярного аппарата любой инфекционный процесс может провоцировать нарушение углеводного обмена. При этом отмечено, что интенсивность роста микобактерий туберкулеза (МБТ) в культуре зависит от избытка глюкозы. Можно выделить 3 варианта сочетания диабета и туберкулеза: 1. Оба заболевания развиваются самостоятельно без взаимного неблагоприятного влияния. 2. ТЛ является причиной перехода преддиабета в истинный диабет с одновременным ухудшением туберкулезного процесса. 3. ТЛ обнаруживают у больных СД.

Цель работы: Установить особенности течения, клинических проявлений, диагностики и лечения сочетанной патологии туберкулеза легких и сахарного диабета. Характер туберкулезных изменений зависит от своевременности диагностики ТЛ: при раннем выявлении заболевания – характеризуется относительно ограниченным поражением, и больные в течение длительного времени могут не выделять МБТ, а при поздней диагностике изменения могут быть более выраженными.

Как известно, ТЛ характеризуется многообразием специфических, параспецифических расстройств, возникающих в результате воздействия на организм МБТ и образуемых ими токсинов, а иногда и неспецифической флоры. Немаловажную роль при этом играют сопутствующие болезни и осложнения. Считается, что одним из первых клинических признаков туберкулеза у больных СД нередко является повышение потребности в инсулине, что объясняется отрицательным влиянием туберкулезной интоксикации на углеводный обмен [1-5]. По данным многих исследований, для сочетанной патологии ТЛ и СД характерно прогрессирующее течение с выраженными инфильтративными изменениями в легких и быстрое образование деструкции в легких [1-5,8].

Клиническая картина сочетания ТЛ и СД очень разнообразна и в значительной степени зависит от формы и тяжести диабета [2-5]. Так, например, у одних больных отмечают одинаковые клинические проявления как ТЛ, так и СД. У других выраженные диабетические осложнения и сопутствующие заболевания в силу тяжести течения могут оттеснять на задний план клиническую симптоматику ТЛ. Зачастую в случаях, когда сочетание ТЛ и СД выявляется одновременно, при тщательном сборе анамнеза заболевания у многих больных удается установить, что симптомы СД беспокоили их уже не один месяц. Обычно на появившиеся незаметно «малые симптомы» СД больные долго не обращают внимания, заболевание прогрессирует, приводя к выраженным проявлениям. Отмечено, что у больных СД 1-го типа при легком и среднетяжелом течении наблюдают более ограниченные формы туберкулеза без деструкций или с ограниченными деструктивными изменениями. При тяжелом течении чаще всего диагностируют инфильтративный туберкулез, который характеризуется большой экссудативной воспалительной реакцией и быстрым развитием казеозного некроза с последующим быстрым образованием больших каверн.

В отличие от сочетания ТЛ и СД 1 типа, ТЛ у больных СД 2 типа чаще развивается в результате реактивации старых очагов, характеризуется подострым или бессимптомным началом заболевания, медленным прогрессированием и более поздним выявлением при уже сформировавшихся кавернах. Одной из особенностей клинического проявления сочетанной патологии ТЛ и СД является наличие «общих жалоб», что является причиной позднего обращения больного СД к физиатру и несвоевременной диагностики ТЛ [2,5,8,9,24]. Так, например, повышенную потливость отмечают при обеих патологиях: для ТЛ характерна повышенная потливость по ночам, а при СД ее отмечают при начальных стадиях и при утяжелении состояния, у многих больных потливость усиливается в верхних отделах туловища, особенно в ночное время, что имитирует гипогликемию. Кроме признаков туберкулеза, у больного иногда отмечают явления, обусловленные смешанной инфекцией, которая присоединилась. При интоксикации у некоторых

больных отмечают выраженные симптомы декомпенсированного диабета, которые доминируют в клинической картине болезни.

Осложнения СД также могут определять клиническую картину сочетанного заболевания. К таким самым частым осложнениям относят поражение сосудов нижних конечностей (диабетический артериит), ретинопатию, нефропатию, остеоартропатию. При тяжелом течении СД иногда наблюдают гепатомегалию, что не столько влияет на клиническое течение заболевания, сколько усложняет проведение противотуберкулезной химиотерапии, которая дает побочный гепатотропный эффект.

По данным В.С. Коровкина (2006) [5], одной из особенностей инфильтративного туберкулеза у больных с нелеченым СД, по сравнению с пациентами без диабета, является множественность инфильтративных образований в легких, которые определяются не только в верхних, но и в прикорневых зонах, в нижних долях. У больных сочетанным заболеванием почти в 2 раза чаще регистрируют поражения в обоих легких, чаще ТЛ охватывает всю долю целиком и почти в 3 раза чаще распространяется на обе доли. Поэтому у больных с сочетанием ТЛ (особенно при впервые выявленном процессе) и СД диагноз туберкулеза устанавливают по результатам тщательного клинико-рентгенологического исследования, причем нередко нужно довольно продолжительное наблюдение в процессе этиотропного лечения. Все выявленные больные СД с активным ТЛ подлежат стационарному лечению в противотуберкулезных диспансерах. Лечение больных при сочетании туберкулеза и диабета – очень сложная задача [1,3,5,7,10,15,19,20,28]. Перед назначением antimикобактериальных препаратов фтизиатр должен иметь подробную информацию об особенностях СД у больного, дозах и времени приема антидиабетических средств, о наличии диабетических осложнений, функции печени, почек, так как нередко у этих больных развивается гипогликемия при увеличении дозы препаратов, которые уменьшают содержание сахара в крови.

Применение комбинированной противотуберкулезной терапии вызывает трудности в связи с наличием разных осложнений и нарушений функции печени и почек. Так, при нарушении выделительной функции почек противопоказаны стрептомицин, канамицин; при поражениях печени ограничено применение этионамида, пиразинамида; при ретинопатии противопоказан этамбутол; при нейропатиях изониазид может обострить неврологические симптомы. Изменения функции печени при ТЛ ведут к стертым и явным гипогликемиям. Следует учитывать ускоряющее влияние рифампицина на биотрансформацию оральных гипогликемических средств. В лечении необходимо придерживаться основных принципов терапии для обоих заболеваний. Лечение должно быть многоплановым: при тяжелом или

Особенности сочетанного течения туберкулеза легких и сахарного диабета среднетяжелом течении СД необходимо применять антидиабетические препараты, для компенсации состояния больного и снижения уровня сахара в крови одновременно проводят противотуберкулезную химиотерапию. Хирургическому лечению могут быть подвержены больные деструктивным туберкулезом при неэффективности полихимиотерапии при отсутствии диабетических противопоказаний. Количество послеоперационных осложнений у больных сочетанной патологией ТЛ и СД выше, чем у больных без диабета. Эффективность лечения туберкулеза у больных диабетом значительно ниже, чем у больных без СД. У части этих больных даже при благоприятных результатах лечения формируются выраженные остаточные специфические изменения, которые обуславливают высокий риск рецидива туберкулеза. После излечения пациенты с сочетанием ТЛ и СД должны находиться пожизненно под диспансерным наблюдением эндокринолога и фтизиатра.

В настоящее время очень актуальной проблемой стало увеличение количества больных с химиорезистентным ТЛ среди пациентов с СД, что значительно снижает эффективность и результаты лечения, увеличивает длительность стационарного лечения, приводит к увеличению частоты развития рецидива туберкулеза у данной категории больных. Поэтому при лечении больных СД, у которых большая вероятность развития ТЛ, а также больных ТЛ, у которых затронута толерантность к глюкозе, необходимо применять химиопрофилактику, санаторное лечение, тщательный контроль течения СД.

**Выводы:** Таким образом, больные СД входят в группу повышенного риска заболеваемости туберкулезом легких. Поэтому всем больным СД не реже 1 раза в год необходимо проходить рентгенологическое исследование в противотуберкулезном диспансере. Контрольному рентгенологическому исследованию подлежат все длительно кашляющие больные СД, независимо от времени предыдущего рентгенологического исследования. Профилактические меры в отношении развития СД у больных ТЛ: • внимательное наблюдение и обследование больных с преддиабетом; • исследование мочи и крови на сахар у всех больных ТЛ; • при выявлении изменений назначение соответствующего лечения. Своевременное выявление и диагностика сочетания туберкулеза легких и сахарного диабета, полноценное лечение специфического процесса с обязательным учетом резистентности МБТ к противотуберкулезным препаратам, адекватное лечение СД и его осложнений позволят сохранить жизнь человека.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Смурова Т.В. Туберкулез и сахарный диабет. Руководство для врачей / Смурова Т.Ф., Ковалева С.И. – М.: Медкнига, 2007. – 317 с
2. Смаилова Г.А., Ракишев Г.Б. Туберкулез легких и сахарный диабет. Монография.-Алматы,2007.
3. Алтунина Л.М. Некоторые особенности течения туберкулема у больных с разной степенью компенсации сахарного диабета / Алтунина Л.М. // Пробл. туберкулеза. – 1995. – №6. – С. 15–16.
4. Карачунский М.А. Туберкулез и сахарный диабет / Карачунский М.А. // Пробл. туберкулеза. – 1996. – №6. – С. 15–16.
5. Коровкин В.С. Туберкулез легких у больных сахарным диабетом / Коровкин В. А.S. Shalmin, E.N. Raznatovskaya, Yu.M. Bobrovnichaya-Dvizova, A.V. Dvizov, N.V. Malyar, T.S. Fedchenko С. // Пульмонология и фтизиатрия. – Минск, 2006. – С. 266–272.
7. Абакиров А.А., Султаналиева Р.Б., Алышева Н.В. Эффективность санаторного лечения сахарного диабета и туберкулёза лёгких в условиях средне- горного климата Кыргызстана. //Туберкулез: Сб. науч. тр., посвящ. 40 летию. КНИИТ,-Бишкек, 1998.-С. 130-133.
8. Абдуллаев А. А. Клиника и течение туберкулёза лёгких у больных сахарным диабетом при патологии печени: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1991.-25 с.
9. Абрамовская А.К. Антипова С.И. Динамика частоты развития лекарственной устойчивости возбудителя туберкулёза и её влияние на эффективность лечения больных туберкулёзом лёгких//Пробл. туб. - 1988,- №10,- С. 24-27.
10. Абраров Б. А., Турсунов Ф.И., Арифов С. А. Эффективность химиотерапии туберкулёза лёгких, сочетающегося с сахарным диабетом, у лиц пожилого и старческого возраста//Мед. журн. Узбекистана, - 1985,-№8. - С. 35-37.
11. Авербах М.М., Чернушенко Е.Ф. Методические рекомендации по проведению иммунологических исследований при туберкулезе и других заболеваниях легких,- М., 1984.-42 с.
12. Агзамова Р.А. Эпиднадзор за лекарственной устойчивостью. //Контроль над лекарственно-устойчивым туберкулёзом в Казахстане. Междунар. семинар: Сб. науч. работ. - Алматы, 2001. -С. 5-11.
13. Адамбеков Д. А. Изучение некоторых факторов резистентности при туберкулёзе в сочетании с сахарным диабетом: Автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1981.-19с.
14. Адамович В. Н., Федотова Н.Н. Рифампицин, изониазид и этамбутол в лечении больных деструктивным туберкулёзом лёгких в сочетании с сахарным диабетом //Материалы рабочего заседания проблемной комиссии УМС МЗ РСФСР. - М., 1983.-С. 57-61.
15. Карачунский М.А., Панасек ИА., Филиппов В.П. Лёгочная ангиопатия при туберкулёзе лёгких у больных сахарным диабетом //Пробл.туб. - 1996,- №6.-С. 50-52.
16. Карачунский М.А., Коссий Ю.Е. Тактика дифференцированной сахароснижающей терапии у больных сахарным диабетом, госпитализированных по поводу туберкулёза лёгких //Проблемы туберкулеза.- 1996,- №4,- С. 62-63.
17. Карачунский М. А., Коссий Ю.И. Клиника и тактика лечения туберкулёза лёгких у больных с разными типами Сахарного диабета //II (XII) съезд врачей- фтизиатров. - Саратов, 1994.-С. 100-101.
18. Карачунский М.А. Каминская Е.О., Коссий Ю.Е. Функция печени на этапе интенсивной терапии туберкулёза у больных сахарным диабетом //Пробл. туб - 2000. - №6. - С.39-41.
19. Карачунский М.А., Каминская Г.О., Косий, Черных Н. А. Инактивация изониазида у больных туберкулёзом лёгких с сопутствующим сахарным диабетом //Проблемы туберкулеза - 2001.- №7. - С. 26-27.
20. Карачунский М.А., Адамович Н.В., Абдулаев А.А. Особенности химиотерапии туберкулёза лёгких и её эффективность у больных с сахарным диабетом//Проблемы туберкулеза -1991,-№. 5. -С. 31-33.
21. Карачунский М.А., Коссий Ю.Е., Яковлева О.Б. Особенности клинической симптоматики и течение туберкулёза лёгких у больных с разными типами сахарного диабета//Пробл. туб. -1993. - №4. - С.20-21.
22. Карачунский М.А. Туберкулёз в наши дни //Реф. Мед. журн.- 2001 -Т.9, №21.-С.5.
23. Касымалиева Г.З., Танабаева Г.У. и др. Уровень и половозрастная структура сахарного диабета у пожилых больных //Диалог+. - 1904,- №2. - С. 29-30.
24. Келеберда К.Я. Туберкулёз лёгких у больных сахарным диабетом: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. - М., 1976.-28 с.
25. Келеберда К.Я., Гергерт В.Я., Худякова Р.В. Патогенетическая терапия больных туберкулёзом лёгких //Пробл. туб. -1980. -№9. - С. 30-34.
26. Ковалёва С.И. Сахарный диабет и туберкулёз: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. -М., 1979.-28 с.

#### ТҮЙІН

**А.О.Сергазина**, м.ғ.к., доцент м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Л.Т.Касаева**, м.ғ.к., доцент м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

Ш.Б.Омашева, Облыстық туберкулезге қарсы диспансері, № 4 бөлімінің меңгерушісі, Шымкент қ.,  
Қазақстан Республикасы

### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗ ЖӘНЕ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ӘСІРЕСЕ АРАЛАС АҒЫНЫ

Өкпе туберкулез және қант диабеті комбинациясы ағыны, клиникалық көріністері, диагностика және емдеу ерекшеліктері

**Кілт сөздер:** өкпе туберкулезі, диабет.

### SUMMARY

**A.O.Sergazina**, MD, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

**L.T.Kasaeva**, MD., South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

**SH.B. Omasheva**, Head of the Department OPTD, Shymkent, Kazakhstan.

### FEATURES OF THE COMBINED FLOW OF PULMONARY TUBERCULOSIS AND DIABETES MELLITUS

The aim of the study was to investigate the features of the course, clinical manifestations, diagnosis and treatment of the combination of pulmonary tuberculosis and diabetes mellitus.

**Key words:** tuberculosis the easy, sugar Diabetum.

УДК 612.017: 616.36-002

**Сергазина А.О.**, к.м.н. и.о.доцента кафедры терапевтических дисциплин, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

**Ирисметова Ф.Б.**, резидент, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

**Ахметова Г.Ш.**, резидент, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАСКИНТЕСТА В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Высокая специфичность ДСТ в диагностике первичного инфицирования МБТ позволяет рекомендовать проведение комплекса фтизиатрического обследования детям с сомнительными, положительными и гиперергический результатами. Положительный результат ДСТ свидетельствует об активном размножении микобактериальной популяции в организме, что требует проведения лучевого обследования.

**Ключевые слова:** инфицированность, микобактерия туберкулеза, проба Манту, Диаскинтест.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Казахстан сохраняется крайне напряженной. Количество зарегистрированных случаев туберкулеза в последние годы превышает эпидемиологический показатель в 2-3 раза. Растет количество трудноизлечимых форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, сохраняется высокий процент нарушения режимов лечения в поддерживающей фазе.(1) В настоящее время в Казахстане насчитывается более 8000 больных, страдающих мультирезистентной формой заболевания. Кроме того, наблюдается рост заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков. Из 100 тысяч подростков у 126 обнаруживается туберкулез в лекарственно устойчивой форме. По данным ряда авторов инфицированность подростков колеблется от 24,4% до 60,0% (2,3). В связи с этим, вопросы необходимости совершенствования противотуберкулезных мероприятий с применением инновационных технологий профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, рекомендованных ВОЗ, поставлены во главу угла и «Комплексным планом борьбы с туберкулезом на 2014-2020 годы», утвержденным в сентябре 2013 года.

Решение этих проблем имеет не только медицинское, но и экономическое значение. Комплексным планом предусматривается проведение научных исследований по изучению эффективности методов ранней диагностики туберкулеза среди детей и подростков (диаскинтест, квантифероновый тест), дальнейшее внедрение в лабораторную службу противотуберкулезных учреждений XpertMTB/RIF, БАКТЕК, ХАЙН теста.

Цель исследования. Изучение эффективности метода ДИАСКИНТЕСТ в раннем выявлении туберкулеза среди детей и подростков г.Шымкента.

Материалы и методы исследования. В анализе статистических данных приняли участия 510 детей и подростков, проживающих в г.Шымкент. Данные о пациентах заносили в базу, созданную при помощи пакета Microsoft Office Excel 2007. Статистическую обработку данных производили с применением пакета Microsoft Office Excel 2007 методами непараметрической статистики.

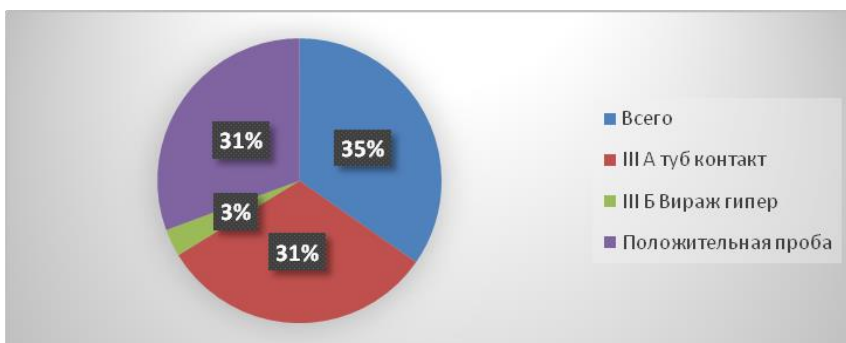
Результаты и их обсуждения. Нами определена эффективность использования Диаскинтеста® (ДСТ) при дифференциальной диагностике поствакциновой и инфекционной аллергии, туберкулезного и неспецифического процесса, а также для определения активности туберкулезной инфекции и, как следствие, контроля эффективности проводимой терапии. Проведен анализ амбулаторного статистического отчета по результатам «Диаскинтеста» среди контактных с положительной туберкулиновой пробой в ШГПТД за сентябрь месяц 2015 года. В исследование включены дети с туб контактированные, с Виразом, гиперергической реакцией, положительной и сомнительной пробой. Среди них: детей- 499, что составляет 98%, подростков- 11(2%). Все были отобраны после положительной туберкулинодиагностики из трех районов: Абайский, Аль-Фарабийский, Енбекшинский.

Таблица 1 - Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ в Абайском районе.



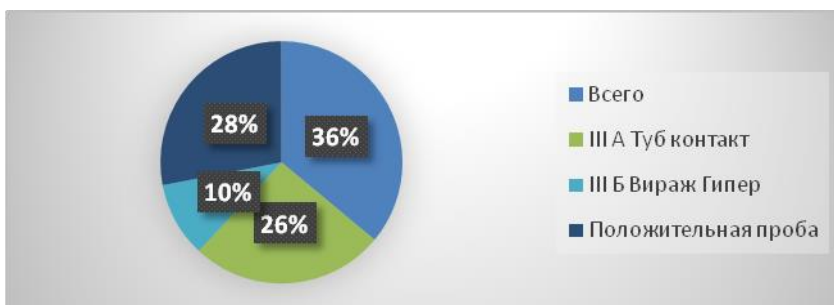
Согласно таблице 1, всего обследовано 250 (36%) детей с туберкулиновой пробой. Туб контактные 215(31%), с Виразом 35(5%), а положительных 192 (28%).

Таблица 2 - Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ в Аль-Фарабийском районе



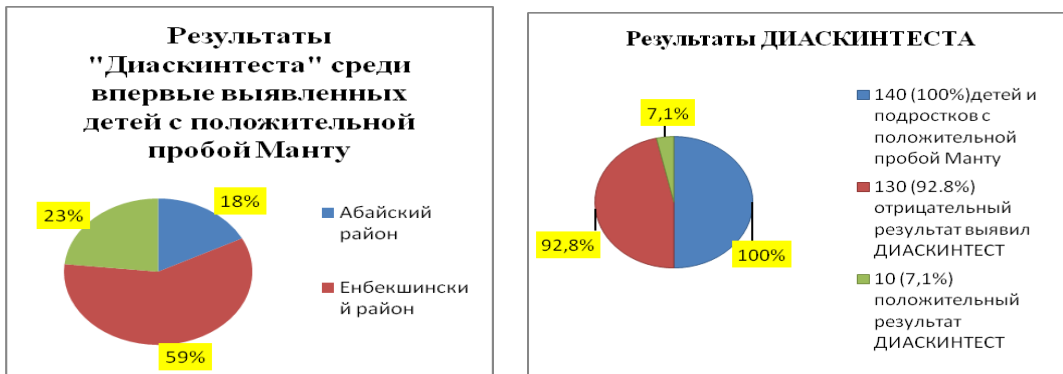
Согласно таблице 2, всего обследована 111(35%) детей с туберкулиновой пробой. Туб контактных 101 детей (31%), с Виразом 10 детей (3%), а положительных 98 детей (31%).

Таблица -3 Оценка результатов пробы Манту в Енбекшинском районе



Согласно таблице 3, всего обследовано 149(36%) детей с туберкулиновой пробой. Туб контактные 109(26%) , с Виразом 40(10%), а положительных 115(28%).

Таблица 4 - Диаскин тест по 3 районам за сентябрь месяц 2015 года



Согласно таблице 4, всего по районам после положительной туберкулиновой пробы обследовано 140 (100%)детей, из них «Диаскин тест» выявил 130(92,8%) отрицательных и 10(7,1%) –положительных результатов.

**Выводы:** Таким образом, за сентябрь месяц число обратившихся детей и подростков составило 510, у 405 детей и подростков была положительная проба Манту. По медицинским показаниям было отобрано на ДИАСКИНТЕСТ 140(100%) детей и подростков из Аль-Фарабийского, Абайского, Енбекшинского районов. Из них ДИАСКИНТЕСТ дал отрицательный результат у 130 (92,8%)детей и подростков и только у 10(7,1%) положительный результат. PPD -L является аллергеном, то положительные реакции пробы Манту с 2 ТЕ могут быть обусловлены рядом других причин: инфицированностью не туберкулезными бактериями за счет наличия общих микобактериальных антигенов, аллергической реакцией организма, возрастом, гормональным фоном, недавно перенесенными инфекциями и т.д. У лиц, вакцинированных БЦЖ и неинфицированных микобактериями туберкулеза, реакция на ДИАСКИНТЕСТ отрицательная.

Высокая специфичность ДСТ в диагностике первичного инфицирования МБТ позволяет рекомендовать проведение комплекса фтизиатрического обследования детям с сомнительными, положительными и гиперергический результатами. Положительный результат ДСТ свидетельствует об активном размножении микобактериальной популяции в организме, что требует проведения лучевого обследования.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1.В.И. Киселев и соавт. Клинические исследования нового кожного теста «Диаскинтест» для диагностики туберкулеза // Пробл. туб. – 2009. – №2. – С. 11-16.
- 2.Лебедева Л.В. и соавт. Чувствительность к туберкулину и инфицированность МБТ у детей // Пробл. туб. – 2007. – №1. – С. 6-9.
3. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. – Утв.Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
4. Комплексный план по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы. – Постановление Правительства РК от 24.09.2013.
5. Васильева Е.В., Вербов В.Н., Тотолян Арег А . Использование теста “QuantiFERON-TB Gold In-Tube” в диагностике туберкулеза легких/ Материалы X съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. – “Инфекция и иммунитет”. – 2012. – № 1-2. – С. 20 – 21.
6. Harada N. Characteristics of a diagnostic method for tuberculosis infection based on whole blood interferon-gamma assay. Kekkaku. – 2006. – 81. – 11. – P. 681-686.
7. Русакова Л.И. Выявление и диагностика туберкулеза на современном этапе.- Москва:, Центральный НИИ Туберкулеза РАМН. – 2012. – 30с.
8. Ismail N.A., Baba K., Pombo D., Hoosen A.A. Use of an immunochromatographic kit for the rapid detection of Mycobacterium tuberculosis from broth cultures.- Int. J. Tuberc. Lung Dis, 2009. – 13. – 8. – P. 1045-1047.

#### ТҮЙІН

Серғазина А.О., м.ғ.к., доцент м.а., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент к., Қазақстан Республикасы

**Ирисметова Ф.**, резидент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.,  
**Ахметова Г.**, резидент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

### БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ ТУБЕРКУЛЕЗ ИНФЕКЦИЯСЫҢ ЕРТЕ АНЫҚТАУЫНДАҒЫ ДИАСКИНТЕСТТІҢ ТИІМДІЛІГІ

Алғашқы МБТ жұқтыру диагностикасындағы DST тән ерекшелігі күмәнді, оң және гиперергиялық нәтижелершыққан балаларға кешендік фтизиатриялық тексеруді өткізуге мүмкіншілік тұғызады. DST оң нәтижесі ағзадағы микобактериалдық популяцияның белсенді дамуының айғағы тұра, сәулелік зерттеуді талап етеді.

**Кілт сөздер:** жұқтырғыштық, туберкулездің микобактериясы, Манту пробасы, Диаскинтест.

#### SUMMARY

**Sergazina A.O.** – MD, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

**Irismetova F.** - resident of pediatria, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

**Ahmttova G.** - resident of pediatria, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Positions on the use of Diaskintest® (DST) in the differential diagnosis of infectious and postvaccinal allergies, tuberculosis and nonspecific process, as well as to determine the activity of tuberculous infection and as a consequence for monitoring the effectiveness of the therapy. The high specificity of the DST in the diagnosis of primary infection MBT allows to recommend the complex TV survey for children with suspect, positive and hyperergic results. A positive result DST indicates the active breeding of mycobacterial population in the body that requires a radiation survey.

**Key words :** the mycobacterium of tuberculosis, the Trial Манту, Diackintest.

УДК-616-036.86:616-002.5-053.2

**О.Ш.Ержанов** - магистр медицины, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент. [Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)

**П.К. Бердалиев** - Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент.

**Р.Е. Қосыбаев** - Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент.

### ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЮ

#### АННОТАЦИЯ

В работе представлен анализ инвалидности вследствие туберкулеза среди детского населения Южно-Казахстанской области за 2009-2013г.г. Установлено отсутствие тенденции к ее снижению, первичный выход на инвалидность остается на одном уровне – 0,4 на 10 тыс детского населения. Доказана прямая зависимость уровня инвалидизации от своевременного выявления больных, эффективности лечения, наличия лекарственно устойчивых форм туберкулеза и от ряда социальных факторов. Предложены меры по ускорению снижения инвалидности.

**Ключевые слова:** туберкулез, заболеваемость, выявляемость, инвалидность, профилактика.

Уровень инвалидности во многом определяется общей эпидемиологической обстановкой туберкулеза и качеством лечебно-профилактических мероприятий. В частности, поздняя диагностика новых случаев заболевания обуславливает выход детей на инвалидность вследствие туберкулеза [ 1,2]. Поэтому показатель инвалидности следует изучать наравне с основными показателями по туберкулезу – заболеваемостью и болезненностью. При планировании мероприятий, направленных на снижение инвалидности, важно знать уровень инвалидизации детского населения по причине туберкулеза, клиническую структуру инвалидности и влияние на эти показатели различных медико-социальных факторов [3].

Цель исследования: В данной работе поставлена задача проанализировать уровень, динамику и причины инвалидности среди детей от туберкулеза с целью определения путей ее предупреждения.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели мы изучали статистические материалы областного фтизиатрического отдела медико-социальной экспертизы (Ф-7) и областного и противотубер-



кулезного диспансера о впервые признанных инвалидами по туберкулезу за 2009-2013г.г. из числа больных детей по Южно-Казахстанской области. Необходимые сведения были получены путем выкопировки соответствующих данных из пенсионных дел и медицинской документации.

Результаты и их обсуждения. За изучаемый период показатели заболеваемости, болезненности в интенсивных показателях среди детского населения значительно снизились: с 12,5 до 5,5 и с 11,0 до 4,5, соответственно, при этом более быстрыми темпами снижались заболеваемость и болезненность, а первичный выход на инвалидность по причине заболевания туберкулезом не имел тенденции к снижению.

В процессе исследования установлено, что удельный вес туберкулеза в общем числе, впервые признанными инвалидами детей, от всех заболеваний в регионе увеличился с 0,22% в 2009г. до 0,3% 2013г., а первичный выход на инвалидность в связи с туберкулезом на 10 тыс. детского населения остался на одном уровне - 0,4, то есть рост удельного веса туберкулеза объясняется более выраженными темпами снижения инвалидности от общих заболеваний, чем в связи с туберкулезом.

Важное значение имеет клиническая характеристика первичных инвалидов, так как клиническая форма, фаза туберкулезного процесса играют значительную роль в формировании инвалидности и определяют степень ее тяжести.

Таблица 1 - Распределение впервые признанных инвалидами детей вследствие туберкулеза по клиническим формам заболевания за 2009-2013г.г.

Клинические формы туберкулеза		2009		2010		2011		2012		2013		Всего	
		абс	%	абс	%	Абс	%	абс	%	абс.	%	абс.	%
Туберкулез легких	Милиарный	-	-	1	14,2	3	42,9	-	-	-	-	4	14,9
	Диссеминированный	-	-	2	28,6	4	57,1	-	-	2	20	8	29,6
	Инфильтративный	2	100	3	42,9	-	-	1	100	8	80	14	51,8
	Фибрознокавернозный	-	-	1	14,8	-	-	-	-	-	-	1	3,7
	Итого:	2	100	7	100	-	-	-	-	-	-	1	3,7
	В том числе	2	100	4	57,1	3	42,8	1	100	7	70	17	62,9
С бактериовыделением	1	50	3	42	2	28,6	-	-	5	50	11	40,7	
Внелегочный туб-з	спондилит	2	40	2	66,3	1	50	1	20	-	-	6	37,5
	коксит	3	60	-	-	-	-	3	60	-	-	6	37,5
	гонит	-	-	1	33,3	1	50	-	-	1	100	3	18,8
	менингит	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	1	6,2
	Всего:	5	100	3	100	2	100	5	100	1	100	16	100

По данным таблицы 1, - видно, среди впервые признанных инвалидами лидируют больные туберкулезом легких – 27 (62,8%) и 16 (37,2%) занимают дети страдающие внелегочными формами заболевания. В группе инвалидности от туберкулеза легких основной клинической формой была инфильтративная – (51,8%), на втором ранговом месте диссеминированная (29,6%) и на третьем милиарная (14,9%), то есть тяжелые формы вторичного туберкулеза. Так же отмечен высокий удельный вес среди первично признанных инвалидами туберкулеза легких фазы распада – 62,9% больных и 40,7% с бактериовыделением.

В структуре инвалидов при внелегочном туберкулезе основными инвалидизирующими формами являются костно-суставной туберкулез. Подавляющих число инвалидов это больные туберкулезом позвоночника – 37,5% и тазобедренного сустава – 37,5%. Первичная инвалидность по поводу туберкулеза коленного сустава и прочих форм костно-суставного туберкулеза отмечались значительно реже 25%. Следовательно профилактика инвалидности по причине внелегочного туберкулеза – это прежде всего профилактика распространенных форм туберкулезного спондилита и коксита.

Клиническая структура больных детей туберкулезом легких, впервые признанных инвалидами, к моменту выявления заболевания и установления инвалидности представлена в таблице №2.

Таблица 2 - Клиническая структура больных (в%) к моменту выявления туберкулеза и установления инвалидности

Клинические формы туберкулеза легких в момент выявления	Всего больных	Клинические формы туберкулеза легких в момент установления инвалидности						
		Первичный туберкулезный комплекс	Диссеминированная	Очаговая	Инфильтративная	Фиброзно-кавернозная	Милиарная	Всего
Первичный туберкулезный комплекс	20,4	-	-	-	-	-	-	-
Диссеминированная	5,1	-	83,3	-	-	16,7	-	100,0
Очаговая	5,9	-	-	-	100,0	-	-	100,0
Инфильтративная	66,9	-	7,7	-	92,3	-	-	100,0
Фиброзно-кавернозная	-	-	-	-	-	-	-	100,0
Милиарная	1,7	-	50,0	-	-	-	50,0	100,0
Итого:	100,0	-	29,6	-	51,8	3,7	14,9	100,0

Как видно из таблицы №2, структура клинических форм заболевания в момент его выявления не соответствует таковой в момент установления инвалидности. В структуре заболеваемости первичный туберкулезный комплекс и очаговый туберкулез, ранние туберкулезные формы занимали 26,3%, а при установлении инвалидности они не отмечались. Среди впервые выявленных больных отсутствует фиброзно-кавернозный туберкулез, при определении инвалидности он регистрируется (3,7%). На долю диссеминированного туберкулеза легких приходилось 5,1%, а на момент инвалидизации частота этой клинической формы возросла более чем в 5 раз (29,6%). Это обусловлено не эффективностью лечения и прогрессированием туберкулезного процесса. На эффективность лечения негативно повлиял рост частоты первичной лекарственной устойчивости на 83%, за анализируемый период удельный вес лекарственно-устойчивого туберкулеза среди первичных инвалидируемых составил 16,8%.

Инвалидность в первую очередь формируется за счет инфильтративного туберкулеза легких (51,8%), что соотносимо к его первенству при выявлении новых случаев заболевания (66,9%). Инфильтративный туберкулез легких – эпидемиологическая опасная форма и в 60% она характеризуется острым началом, ярко выраженными клиническими симптомами и быстрым образованием полостей распада, что приводит к трансформации в фиброзно-кавернозную форму [4].

Приведенные данные свидетельствуют о тяжелом патоморфозе, выявляемого туберкулеза у детей в связи с поздней диагностикой из-за несовершенства системы раннего выявления заболевания. Установлено, что при проф.осмотрах активно диагностировано 54,7% первичных больных, у остальных 43,5% специфический процесс обнаружен по обращению к врачам. Поэтому снижение инвалидности по туберкулезу легких среди детей в первую очередь связано со снижением частоты запущенных и лекарственно-устойчивых форм туберкулеза у первичных больных и повышением эффективности их лечения.

У большинства (87,6%) больных ставшими инвалидами, диагноз туберкулеза был установлен первично. За 2009-2013 годы признанно инвалидами 84,7% впервые заболевших туберкулезом легких и 92,6% костно-суставным туберкулезом. Проведенные исследования позволили выявить многие медицинские и социальные факторы, приводящие к инвалидности. Среди медицинских факторов основное значение имели несвоевременное выявление (у 45,3%), неэффективное лечение (у 9,5%), наличие лекарственной устойчивости (у 16,8%), тяжелые сопутствующие заболевания (у 20,7%). Среди социальных факторов имели отрицательное значение недостаточная материальная обеспеченность семей (у 32,4%), асоциальный образ жизни родственников - хронический алкоголизм, наркомания (у 9,1%) [5]. Возрастная структура детей признанных инвалидами по причине туберкулеза легких прослежена в таблице №3.

Таблица 3 - Возрастная структура детей инвалидов от туберкулеза легких за 2009-2013г.г.

Возрастные группы	2009		2010		2011		2012		2013		Всего	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
0-3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3-7	2	28,6	2	40,0	3	50,0	2	40,0	1	25,0	10	37,1
7-12	5	71,4	3	60,0	2	33,3	3	60,0	2	50,0	15	55,5
12-14	-	-	-	-	1	10,7	-	-	1	25,0	2	7,4
Всего	7	100,0	5	100,0	6	100,0	5	100,0	4	100,0	27	

Данные таблицы №3 свидетельствуют, что наибольший удельный вес приходится на возрастные группы 7-12 лет (55,5%) и 3-7 лет (37,1%), то есть наиболее уязвимый и трудный для диагностики детский возраст, что необходимо учитывать при планировании мероприятий по интенсификации противотуберкулезной работы. Таким образом, основной причиной инвалидизации вследствие туберкулеза детей в изучаемых регионах явился комплекс взаимосвязанных медицинских и социальных факторов, требующий разносторонних мероприятий по линии, как здравоохранения, так и социальных государственных преобразований.

**Выводы:** Для профилактики инвалидизации у детей необходимо устранить факторы, приводящие к инвалидности вследствие туберкулеза. Организаторам здравоохранения, фтизиатрам, врачам общей лечебной сети необходимо интенсифицировать работу по раннему выявлению туберкулеза, для чего необходимо быстрее и широко внедрять инновационные технологии диагностики, как то экспресс – тест М.ТВ Biofocus и диаскинтест. Необходимо включить детей школьного возраста в группу риска повышенного заболевания туберкулезом. Требуется кардинальные меры по улучшению клинической диагностики туберкулеза у детей в общей педиатрической сети. Группа с первичной инвалидностью в основном формируется за счет впервые заболевших. Проведение им контролируемой химиотерапии с обязательным использованием современных патогенетических методов терапии позволит значительно повысить эффективность лечения. Необходимо разработать новые организационные формы и диагностические приемы, направленные на улучшение раннего выявления внелегочного туберкулеза. Показатели инвалидности у детей должны изучаться противотуберкулезными диспансерами наряду с основными эпидемиологическими показателями по туберкулезу, так как это имеет практическое значение при оценке состояния борьбы с туберкулезом.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Байарыстанова К.А., Скак К.С., Ишмуханбетова Н.Б., Фоменко Т.А., Яснева Т.Г. Первичная инвалидность у больных туберкулезом /Фтизиопульмонология/. – 2000, - №1(13). –С.21-24.
- Яшникова Г.А. Первичная инвалидность по туберкулезу и вопросы реабилитации /Научные труды ассоциации фтизиатров и пульмонологов Оренбургской области за 2003г./ [http:// www.russianalitica.com](http://www.russianalitica.com).
- Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). С.27-29.
- Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология. - 2012- №1(20) С.53-54.
- Скребцов Б.А., Култасова С.С., Таханова Ж.У. Национальная педиатрическая служба – приоритеты, инновации и перспективы. Сборник научных трудов. Шымкент -2012г. С. 163-166.

#### ТҮЙІН

- О.Ш.Ержанов** - медицина магистрі, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы [Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)
- П.К. Бердалиев** – Калалық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Р.Е. Қосыбаев** - Калалық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### БАЛАЛАРДЫҢ ОРТАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ СЕБЕПТІ МҮГЕДЕКТІК ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚҰРАСТЫРУҒА СЕБЕПШІ БОЛАТЫН ФАКТОРЛАР

Көрсетілген жұмыста, 2009-2013 жылдар аралығында ОҚОдағы балалар арасындағы туберкулез сырқаты болған мүгедектік бойынша сараптамалар көрсетілген. Аурушандық беталысының төмендеуі анықталды, яғни балалар арасындағы бастапқы мүгедектікке шығуы бірқалыпты деңгейде қалып отыр–10 мың адамға 0,4. Мүгедектіктің деңгейі– аурулардың дер кезінде анықталуына, емделудің тиімділігіне, туберкулездің дәріге төзімді формаларына және т.б. әлеуметтік формаларға тікелей байланысты екендігі дәлелденді. Мүгедектік деңгейін төмендетуін тездететін шаралар ұсынылды. Кілт сөздер: туберкулез, аурушандық, мүгедектік, анықталуы, алдын алу.

#### SUMMARY

- O.Sh.Erzhанov** - South Kazhastanskakaya State Pharmaceutical Academy, Shymkent. [Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)
- P.K. Berdaliev** - City TB Dispensary , Shymkent . [bpk-73@mail.ru](mailto:bpk-73@mail.ru)
- R.E. Kosybaev** - City TB Dispensary , Shymkent . [Rashid.kosybaev@mail.ru](mailto:Rashid.kosybaev@mail.ru)

## DISABILITY DUE TO TUBERCULOSIS AMONG CHILDREN AND FACTORS CONTRIBUTE TO ITS FORMATION

The paper presents an analysis of disability due to tuberculosis among children in South Kazakhstan region for period from 2009 to 2013 years. The absence of the tendency to reduce it, the primary disability remains at the same level – 0.4 per 10 thousand-child population. To demonstrate a direct relationship between the level of disability of early detection of patients, the effectiveness of treatment, the presence of drug-resistant tuberculosis and a number of social factors. Proposed measures to accelerate the reduction of disability.

**Key words:** tuberculosis, sick rate, выявляемость, the disablement, prophylactic.

УДК-616-002.5:616-036.86-053.6

**П.К. Бердалиев** - Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, [bpk-73@mail.ru](mailto:bpk-73@mail.ru)  
**О.Ш.Ержанов** - Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент.  
[Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)  
**Р.Е. Қосыбаев**- Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент. [Rashid.kosybaev@mail.ru](mailto:Rashid.kosybaev@mail.ru)

### ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

#### АННОТАЦИЯ

Представлена характеристика первичной инвалидности вследствие туберкулёза среди подростков по Южно-Казахстанской области и за период с 2009 по 2013г.г. Отмечен рост первичного выхода на инвалидность с 0,4 до 0,95 в интенсивных показателях и рост удельного веса туберкулёза в общем числе признанных инвалидами от всех заболевших в регионе – с 0,62% до 1,8%. Установлена прямая зависимость уровня инвалидности от своевременности выявления заболевания и эффективности лечения. Предложены меры по снижению инвалидности.

**Ключевые слова:** туберкулез, впервые выявленные случаи, эпидемиологические показатели, инвалидность, профилактика, лечение.

В Казахстане борьба с туберкулезом остается важным приоритетным направлением в социальной политике государства [1]. В этом плане заболеваемость детей и подростков туберкулезом остается одной из важнейших проблем фтизиатрии.

Благодаря вниманию и всесторонней поддержке правительственных и неправительственных организации в последние годы достигнуты значительные успехи в контроле над туберкулезом в республике. Так как заболеваемость подростков только за 2010-2012г.г. снизилась на 16,8% (2). Наряду с этим сохраняется выход подростков на инвалидность в связи с туберкулезом, что свидетельствует о большинстве случаев о неудаче борьбы с ним как с инфекционным заболеванием. В этой связи данные об инвалидности служат показателем качества противотуберкулезной работы. [3,4,5].

Цель исследования проанализировать уровень и динамику первичной инвалидности, факторы ее формирования и дать определенные рекомендации по предупреждению инвалидизации у подростков.

Материалы и методы.С учетом выше указанных обстоятельств мы провели анализ статистических материалов областного фтизиатрического отдела медико-социальной экспертизы областного противотуберкулезного диспансера о впервые признанных инвалидами по туберкулезу за 2009-2013г.г. из числа больных подростками Южно-Казахстанской области. Сведения были получены путем выкопировки необходимых данных из пенсионных дел, медицинской документации и бесед с инвалидами.

Заболеваемость туберкулезом подростков в интенсивных показателях в регионе за 2009-2013г.г. сократились с 68,4 до 31,98, болезненность с 90,0 до 51,0, в то же время показатель первичной инвалидности по туберкулезу возрос с 0,4 до 0,95 на 10тыс. подросткового населения, или более чем в два раза. Одновременно в три раза увеличился удельный вес туберкулеза в общем числе признанных инвалидами от всех заболеваний с 0,62% до 1,8% - это негативный фактор в социально-экономическом плане.

Среди подростков признанных инвалидами вследствие туберкулеза у 84,2% был туберкулез легких, у 15,8% туберкулез костей и суставов. В группе больных туберкулезом легких преобладали мужчины (71,7%), при внелегочном туберкулезе соотношение полов примерно одинаковое.

Наибольший удельный вес инвалидов приходился на 15-16 лет (76,0%), что необходимо учитывать при планировании мероприятий по интенсификации противотуберкулезной работы. Доля подростков в возрастной группе 16-18 лет составляла 24,0%. Основной клинической формой туберкулеза у первично ставших инвалидами по причине туберкулеза легких была инфильтративная форма (83,4%), на втором месте по частоте занимал диссеминированный туберкулез (16,6% см табл.)

Таблица 1 - Распределение впервые освидетельствованных больных туберкулезом подростков по клиническим формам (в%) за 2009-2013г.г.

Клиническая форма туберкулеза		2009	2010	2011	2012	2013	Всего
Туберкулез легких	Диссеминированная	-	50	-	33,3	-	16,6
	Инфильтративная	100	50	100	66,7	100	83,4
	Итого:	100	100	100	100	100	100
	В том числе						
	С распадам	50	50	66,6	100	100	75,6
	С бактериовыделением	50	50	100	66,6	50	66,5
Внелегочный туберкулез	Спондилит	66,7	100	-	100	100	62,5
	Коксит	-	-	100	-	-	25
	Гонит	33,3	-	-	-	-	12,5
	Итого:	100	100	100	100	100	100

В клинической структуре впервые заболевших туберкулезом легких подростков также преобладают больные инфильтративным туберкулезом (91,2%). Высокий удельный вес специфических инфильтратов свидетельствуют о несвоевременном выявлении заболевания и требует кардинальных мер по проведению обязательных ежегодных сплошных флюорографических осмотров подростков допризывного возраста и по улучшению клинической диагностики данной патологии.

При выявлении первично заболевших туберкулезом легких фаза распада определилась у 61,3% больных, бактериовыделение у 59,5%, а в период установления инвалидности у 75,6% и 66,3% соответственно. Это обусловлено прогрессированием туберкулезного процесса и неэффективностью лечения у отдельных больных. Поэтому снижение первичной инвалидизации подростков в первую очередь связано со снижением частоты запущенных деструктивных и бацилярных форм туберкулеза и повышением результатов лечения впервые выявленных больных.

Среди подростков с внелегочным туберкулезом, впервые вышедших на инвалидность основной клинической формой является туберкулезный спондилит (62,5%), на втором месте – туберкулез тазобедренного сустава (25%), на третьем – туберкулез коленного сустава 12,5%, прочие формы внелегочного туберкулеза не отличались. Высокий процент инвалидности вследствие туберкулезного спондилита должен привлечь внимание фтизиатров и врачей общей лечебной сети к повышению эффективности лечения и раннему выявлению больных с туберкулезным поражением позвоночника.

За изучаемый период среднегодовой перевод первичных больных во II (контрольную) группу диссеминированного наблюдения составил 76,8% , то есть ниже целевого показателя рекомендованного ВОЗ (85%). Наибольшая часть признанных первично инвалидами нуждались в медицинской реабилитации хирургическим путем, об этом свидетельствует низкий удельный вес инвалидности после хирургического лечения больных костно-суставным туберкулезом (5,9%) и отсутствием инвалидов вследствие оперативных вмешательств при туберкулезе легких.

У большинства (82,4%) больных, ставших инвалидами, диагноз туберкулез был установлен первично. Изучение медико-экспертной документации показало, что основными медицинскими факторами для установления первичной инвалидности были: прогрессирование туберкулезного процесса (19,7%), неэффективная химиотерапия (29,6%), позднее выявление (46,7%), наличие тяжелых сопутствующих заболеваний (14,3%). Из сопутствующих заболеваний, оказавших влияние на инвалидизацию преобладали хронические неспецифические заболевания органов дыхания (16,4%) и болезни желудочно-кишечного тракта (8,2%).

У большого числа больных 24 (64,8%) из 37 признанных инвалидами определена резистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам, из них к одному препарату – у 3 (12,6%), к двум у 9 (37,6%), к трем у 5 (20,4%) и к четырем у 7 (29,4%). Из числа больных (24) с резистентными формами туберкулеза 8 (33,3%), заболевших из семейных и родственных контактов в очагах туберкулезной инфекции отягощенных лекарственной устойчивостью, что требует проведения им химиопрофилактики с учетом показаний бактериограммы. Из приведенных данных следует вывод, что наличие у больных резистентности имеет существенное значение в установлении инвалидности. Среди социальных факторов имели значение низкая материальная обеспеченность (39,8%), не полные семьи (28,6%), отсутствие работы и учебы (54,6%).

Проведенным исследованием мы попытались обратить внимание организаторов здравоохранения, фтизиатров, врачей общей лечебной сети на настоятельную необходимость усиления противотуберкулезной работы среди подростков, особенно по раннему выявлению больных туберкулезом и их полноценному лечению.

**Выводы.** Инвалиды вследствие туберкулеза за последние пять лет составили 84,2% заболевших туберкулезом легких и 15,8% - костно-суставным туберкулезом. Группа подростков с первичной инвалидностью в основном формируется за счет впервые заболевших (82,4%). Проведение им химиотерапии с использованием современных методов патогенетической терапии и хирургического вмешательства позволит значительно повысить эффективность лечения и снизить частоту инвалидизации. Из числа впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза подростков в возрасте 17-18 лет преобладают лица неохваченные учебной и не работающие. В связи с чем возникает необходимость организации раннего трудоустройства и профессионального обучения и требует проведения расчетов по обоснованию открытия реабилитационных центров при областных противотуберкулезных диспансерах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
2. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). - С. 4-6.
3. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). - С.27-29.
4. Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология.-2012- №1(20) - С.53-54.
5. Скребцов Б.А., Култасова С.С., Таханова Ж.У. Национальная педиатрическая служба – приоритеты, инновации и перспективы. Сборник научных трудов. Шымкент -2012г. С. 163-166.

#### ТҮЙІН

**П.К. Бердалиев** - Қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., [bpk-73@mail.ru](mailto:bpk-73@mail.ru)

**О.Ш.Ержанов** - Оңтүстік-Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., [Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)

**Р.Е. Қосыбаев** - Қалалық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ., [Rashid.kosybaev@mail.ru](mailto:Rashid.kosybaev@mail.ru)

#### ТУБЕРКУЛЕЗ ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ НЕГІЗГІ МҮГЕДЕКТІК СЕБЕБІ РЕТІНДЕ

2009-2013 жылдар аралығында ОҚО-дағы жас өспірімдер арасындағы туберкулез сырқаты салдарынан болған алғашқы мүгедектіктің сипаттамалары көрсетілген. Алғашқы мүгедектікке шығудың интенсивті көрсеткіштері 0,4тен 0,95ке өскені атап өтілген және осы аймақтағы болған барлық аурудан болған мүгедектіктің ішінде туберкулез ауруының өсуі 0,62%тен 1,8%ке өскендігі. Мүгедектіктің деңгейі – аурушандықтың дер кезінде анықталуына және емделудің тиімділігіне тікелей байланысты екені анықталды. Мүгедектік көрсеткішін төмендететін шаралар ұсынылды.

**Кілт сөздер:** туберкулез, алғаш анықталған жағдай, эпидемиологиялық көсеткіштер, мүгедектік, профилактика, емі.

#### SUMMARY

**P.K. Berdaliev**- City TB Dispensary, Shymkent, [bpk-73@mail.ru](mailto:bpk-73@mail.ru)

**O.Sh.Erzhanov**-South Kazahstanskakaya State Pharmaceutical Academy, Shymkent, [Eorinbai@mail.ru](mailto:Eorinbai@mail.ru)

**RE Kosybaev**- City TB Dispensary, Shymkent, [Rashid.kosybaev@mail.ru](mailto:Rashid.kosybaev@mail.ru)

#### OF TUBERCULOSIS AS A CAUSE OF PRIMARY DISABILITY IN ADOLESCENTS

The characteristics of primary disability due to tuberculosis among adolescents in South Kazakhstan region for period from 2009 to 2013 years. Growth of primary disability from 0.4 to 0.95 in terms of intense and growing share of the total number of TB cases of disability from all patients in the region from 0.62 % - 1,8%. A direct relationship between the level of disability of the timely detection on the disease and treatment. Proposed measures to reduce disability.

Key words: tuberculosis, new cases, epidemiological indicators, disability, prevention, treatment.

**Бекембаева Г.С.** - д.м.н., проф кафедры фтизиатрии, АО «Медицинский университет Астана», г. Астана  
**Жусупова Р.Ж.** – заместитель главного врача по организационно-методической работе областного противотуберкулезного диспансера, г. Астана  
**Толеубекова Г.А.** – ассистент кафедры фтизиатрии, АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА И РЕАКЦИИ МАНТУ С 2 ТЕ С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ

### АННОТАЦИЯ

В статье описаны результаты проведения клинических исследований по изучению сравнительной эффективности диагностических тестов (туберкулинодиагностики и Диаскинтеста) на 101 ребенке в возрасте от 1 года до 18 лет. До и после постановки тестов дети подвергались обследованию общеклинических анализов крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки проводилась однократно, только тем детям, у которых выявлены положительные результаты на проведенные тесты. Динамическое исследование общеклинических анализов и результаты диагностических тестов показали, что результаты коррелировали между собой и являлись правдоподобными, согласно статистическим исследованиям, проведенным в программе SPSS 16 (дескриптивный и однофакторный дисперсионный анализ, тест Хи-квадрат, мультиномальная логистическая регрессия). При проведении теста Хи-квадрат проверялась взаимная независимость двух переменных таблицы сопряженности и благодаря этому нами косвенно выяснялась зависимость обоих переменных. Было определено, что изменения на рентгене легких, общих анализах крови и мочи среди детей и подростков возможны с частотой 50,5. Среди всех возрастных групп детей и подростков (от 1-18 лет), ожидаемое число контактирующих с больными туберкулезом возможно в пределах частоты 33,7, отсутствие рубчиков БЦЖ и изменения в общих анализах крови в пределах частоты 25,3 случаев.

**Ключевые слова:** диагностика, дети, подростки, исследование, контакт.

Заболеемость туберкулезом детей и подростков в РК в 2012г составила 13,7 и 90,9 на 100 тыс населения соответственно. Отмечается планомерное снижение этих показателей по республике, однако показатели заболеваемости лекарственно устойчивого туберкулеза среди детей и подростков пока не имеют тенденции к снижению. Известно, что именно этот возрастной контингент наиболее угрожаем по развитию распространенных и осложненных форм туберкулеза, а также смертности от него [1,7].

Среди многообразия неблагоприятных факторов, оказывающих воздействие на эпидемиологию детского туберкулёза, можно выделить снижение резистентности детского населения к различным инфекционным заболеваниям (в том числе и к туберкулёзу) и увеличение контактов детей с источниками туберкулёзной инфекции среди взрослого населения. Ранняя и достоверная диагностика туберкулеза у детей и подростков, является залогом качественного излечения и профилактики рецидивов в последующем [2,8].

На современном этапе появились уникальные диагностические тесты, позволяющие определить клеточный ответ т-лимфоцитов на антигены возбудителя в пробирке, то есть *in vitro* [1-6]. Отсутствие необходимости контакта пациента с туберкулиновым антигеном позволяет использовать данный тест у пациентов с риском развития аллергической реакции. Для стимулирования клеточного ответа используются антигены возбудителя, не содержащиеся в бацилле Calmette-Guérin (BCG). Таким образом, использование подобных тестов может гарантировать отсутствие перекрестных реакций и как следствие ложноположительных случаев диагностики как в случае использования кожного туберкулинового теста. Антигены ESAT-6и CFP-10, входящий в состав Диаскинтеста, присутствуют в вирулентных штаммах МБТ и отсутствуют в вакцинном штамме БЦЖ и в штаммах других непатогенных микобактерий, что делает внутрикожный тест высокочувствительным и высокоспецифичным [9].

Кроме того, имея настороженность в плане перехода латентных форм туберкулеза или инфицированности в локальные формы, следует своевременно проводить химиофилактическое лечение показанным детям и подросткам.

Цель: изучить сравнительную эффективность Диаскинтеста и туберкулинодиагностики для раннего выявления инфицирования и диагностики локальных форм туберкулеза среди детей и подростков в Казахстане.

Материалы и методы: В исследование был включен 101 ребенок в возрасте от 1 года до 18 лет, из них 53 (52,5%) были мальчики и 48 (47,5%) девочки. Детей младшей возрастной группы (от 1 -5 лет) было 27 человек (26,7%), в возрасте от 6-12 лет наибольшее количество 55 (54,5%), а старшей возрастной группе от 13-18 лет - 19 (18,8%). Более половины детей и подростков, включенных в исследование, отрицали туберкулезный контакт с больным туберкулезом (54,5%), в равном количестве (по 22,8%) были дети и подростки, контактировавшие с больными с бактериовыделением и без него. Частоболеющих детей



(перенесших простудные заболевания более 4 раз в год) было 47 (46,5%) человек, среди обследуемого контингента. Среди обследованных детей и подростков 17,8%(18) не имели поствакцинальных рубчиков БЦЖ, 69,7%(70) имели по одному рубчику, 10,9%(11) были вакцинированы дважды, что было подтверждено наличием у них двух поствакцинальных рубца, а 2,0%(2) имели по три рубчика БЦЖ.

Предварительно, для определения статуса обследуемого, до одновременной постановки диагностических проб – реакции Манту с 2 ТЕ на левое предплечье и Диаскинтест на правое, исследуемым были проведены общеклинические анализы крови и мочи. Наблюдение за местной и общей реакцией после введения препаратов осуществлялось через 72 часа. Детям с положительными результатами на диагностические препараты в последующем проводилось рентгено-томографическое исследование органов грудной клетки.

Для статистической обработки результатов исследования нами была использована статистическая программа SPSS 16, дескриптивный, корреляционный анализ, рассчитанный по коэффициенту корреляции Пирсона, анализ сравнения средних (Paired Samples T Test с 95% доверительным интервалом) и для того чтобы удостовериться в правдоподобности расчётов, нами проводился анализ мультиномиальной логистической регрессии.

Результаты исследования: Результаты динамического исследования общих анализов крови показали, что нормальные показатели определялись у 61(60,4%) и 76(75,2%) детей и подростков (до постановки тестов и в динамике через 72 часа соответственно). Гипохромная анемия выявлена у 27(26,7%) и у 19(18,8%). Лимфопения, повышение лейкоцитов и ускорение СОЭ констатированы у равного количества обследуемых (по 4,0%) и у 3(3,0%) в динамике, наличие изменений по всем показателям (гипохромная анемия, лимфопения, ускорение СОЭ, умеренный лейкоцитоз) были отмечены у 5(5,0%) и у 3(3,0%) детей и подростков соответственно.

Динамическое изучение общего анализа мочи показало, что у большинства детей и подростков 94(93,1%) и 96(95,0%) анализы были без патологических изменений. И лишь у 7(6,9%) и у 5(5,0%) детей в динамике были выявлены изменения в виде наличия следов белка и единичных лейкоцитов. Статистически значимых изменений в анализах обнаружено не было ( $r=0,656$ ). Корреляционный анализ результатов диагностических проб (Диаскинтест и туберкулинодиагностика) определил, что в целом они сильно коррелировали между собой ( $r=0,607$ ). Корреляция являлась значимой на уровне 0,01 (2-сторонняя). Однако, при сравнении отрицательных результатов Диаскинтеста и туберкулинодиагностики, выявлены значимые различия (78,2% и 3,0% соответственно) ( $p=0,001$ ). Сомнительные реакции определялись в 1,0% и 5,9%, выраженные (13-15 мм) – 3,0% и 16,8%, гиперергическая реакция по 5,9% и 6,9% соответственно. Итак, согласно статистике для парных выборок отмечены значимые различия по результатам двух диагностикумов ( $p=0,001$ ), при довольно высокой корреляционной связи ( $r=0,607$ ), 95% доверительный интервал -1,79-1,42 (ДИ). Следовательно, Диаскинтест имеет более высокую специфичность и чувствительность по сравнению с кожным туберкулиновым тестом (1-6).

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки у детей и подростков, с положительными результатами исследований, выявило локальный туберкулезный процесс в легких у 4(4,0%) детей и подростков, у остальных 97 (96,0%), патологии органов дыхания выявлено не было. Следует отметить, что у 4 детей и подростков, выявленных рентгенологически с локальным туберкулезным процессом, результаты Диаскинтеста были представлены в двух случаях гиперергическими реакциями и по одному случаю - выраженной и положительной. Причем, из 3 детей (у двоих с гиперергической и у одного с выраженной реакцией на Диаскинтест) был диагностирован активный локальный процесс в легких и во внутригрудных лимфатических узлах. У одного ребенка с положительной реакцией также на Диаскинтест установлен Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов в фазе уплотнения и кальцинации. Туберкулинодиагностика у этих детей также показала в трех случаях из четырех гиперергические результаты и в одном выраженную реакцию ( $r=0,896$ ). То есть, наличие локального процесса, выявленного рентгенологически, подтвердило адекватность результатов диагностических тестов.

Немаловажным является то, что двое из этих детей были в контакте с бактериовыделителями, а двое имели контакт с больными туберкулезом без бактериовыделения. Среди этих детей, с локальным туберкулезом, частоболеющих было 3 из 4. Данный факт подтверждается наличием корреляционной связи между результатами диагностических тестов и частотой заболевания детей и подростков сопутствующими простудными заболеваниями ( $r=0,389$ ) ( $p=0,01$ ).

Умеренная корреляция существовала между результатами диагностических проб и рентгенографии органов грудной клетки ( $p=0,464$ ), менее выраженная отрицательная корреляционная связь была отмечена между наличием контакта с больным туберкулезом и возрастом ребенка ( $r=-0,352$ ) ( $p=0,01$ ), то есть чем младше был ребенок, тем чаще он имел контакт. Наличие контакта также влияло и на изменения в показателях крови среди детей младшего возраста ( $r=0,245$ ) ( $p=0,05$ ). Прямая умеренная корреляция определялась между наличием рубчиков БЦЖ и возрастом ребенка ( $r=0,410$ ).

Далее, нами был проведен тест Хи-квадрат, две переменные считались взаимно независимыми, если наблюдаемые частоты ( $f_0$ ) в ячейках совпадали с ожидаемыми частотами ( $f_e$ ). Было выявлено, что

изменения на рентгене легких, общих анализах мочи среди детей и подростков возможны с частотой 50,5. Среди всех возрастных групп детей и подростков (от 1-18 лет), ожидаемое число контактирующих с больными туберкулезом возможно в пределах частоты 33,7, наличие рубчиков БЦЖ и изменения в общих анализах крови в пределах частоты 25,3 случаев. Данные вычисления нами были приведены для усиления настороженности в плане пропуска патологии у данного контингента, а также для планирования проведения дальнейших исследований среди детей и подростков по раннему выявлению инфицирования и локальных форм туберкулеза.

**Выводы.** Таким образом, сравнительное изучение эффективности диагностических тестов определило, что Диаскинтест является наиболее эффективным для выявления истинной инфицированности. Помимо этого Диаскинтест обладает высокой чувствительностью при туберкулезе органов дыхания в активной фазе и в стадии клинического излечения. Использование Диаскинтеста позволяет значительно сократить число нуждающихся в химиопрофилактике детей. Более четко определить контингент, подлежащий углубленному обследованию, и использовать Диаскинтест, как высокоспецифичный диагностикум для определения периода трансформации латентной туберкулезной инфекции в активный туберкулез среди детей и подростков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Arend S.M, Franken W.P., Aggerbeck H. Et all. Double – blind randomized Phase 1 study comparing rdESAT-6 to tuberculin as skin test reagent in the diagnosis of tuberculosis infection.// Int. J. Tub. Lung Dis.- 2001.- Vol. 5, No 7.- P. 680-686.
2. Doherty T.M., Demissie A. Et all. Immune responses to the Mycobacterium tuberculosis – specific antigen ESAT-6 signal subclinical infection of tuberculosis patient // J. Clin. Microb.- 2002.- Vol. 40, N 2.- P.704-706.;
3. Ferrana G., Losi M., D'Amico R., et all. Use in Routine Clinical Practice of Two Commercial Blood Test for Diagnosis of Infection with Mycobacterium tuberculosis: A Prospective Study // The Lancet.- 2006.- Vol. 367, N 9519.- P. 1328-1334.
4. Lein A.D., Fordham von Reyn C., Ravn P, et all. Cellular Immune responses to ESAT-6 discriminate between patients with pulmonary disease due to Mycobacterium Avium complex and those with pulmonary disease due to Mycobacterium tuberculosis // Clin. Diagn. Lab. Immunol.- 1999.- Vol. 6, N 4.- P. 606-609.;
5. Munk M.E., Arend S.M., Brock I, et all. Use of ESAT-6 and SFP -10 antigens for diagnosis of extrapulmonary tuberculosis // J. Infect. Dis. – 2001.- Vol. 183.- N 1.- P.175-176.
6. Ravn P., Munk M.E., Andersen A.B., et all. Prospective evaluation of a whole – blood test using Mycobacterium tuberculosis – specific antigens EAST-6 and CFP -10 for diagnosis of active tuberculosis // Clin. Diagn. Lab. Immunol.- 2005.- Vol. 12, N 4.- P. 491-496.
7. Шовкун Л.А., Е.Д. Кампос., Н.Э. Романцева и др. Сравнительный анализ эффективности применения пробы Манту и Диаскинтеста у детей и подростков в Ростовской области // Туберкулез и болезни легких.- 2013.- №6.- С. 97.
8. В.С. Федоровых., С.И. Карбаускене. Результаты использования препарата «Диаскинтест» у детей и подростков из групп риска по туберкулезу в Республике Карелия. // Туберкулез и болезни легких.- 2013.- №6.-С. 93-94.
9. И.В. Корнева, А.А. Старшинова, Ю.Э. Овчинникова, И.Ф. Довгалюк. Сравнение результатов пробы Манту и Диаскинтеста при различных проявлениях туберкулезной инфекции. // Туберкулез и болезни легких.- 2013.- №6.- С.49-50.

#### ТҮЙІН

**Бекембаева Г.С.** - м.ғ.д., АҚ “Астана медицина университеті”, Астана қ., Қазақстан Республикасы,

[gbeke@mail.ru](mailto:gbeke@mail.ru)

**Жусупова Р.Ж.** – бас дәрігер орынбасары, облыстық туберкулезге қарсы диспансері, Қазақстан Республикасы, Астана қ.

**Толубекова Г.А.** - кафедра Фтизиатрия ассистенті, АҚ “Астана медицина университеті”, Қазақстан Республикасы, Астана қ.

Мақалада 1-ден 18 жас аралығындағы 101 балаларға диагностикалық тест (туберкулин және Диаскинтест) салыстырмалы клиникалық зерттеулердің нәтижелерін сипаттайды. Алдында және сынау орнатқаннан кейін балаларға кеуде рентген, бір рет тест жүргізілді, қан, несеп талдауы, жалпы клиникалық зерттеу өткізілді. Динамикалық зерттеу клиникалық сынақтар мен диагностикалық тестілердің нәтижелері SPSS 16 бағдарламасының (сипаттамалар ANOVA, Хи-квадрат сынақ, мультиномальды логистикалық регрессия) жүргізілген статистикалық зерттеулерге сәйкес болды, нәтижелер бір-бірімен өзара байланысты және ақиқатқа болып жатқанын көрсетті. Хи-квадрат тестпен екі айнымалы, төтенше кестелер өзара тәуелсіздігін тексеріледі, және осы салдарынан екі айнымалы жанама тәуелділігі табылды. Ол рентген жарық өзгерістер, балалар мен жасөспірімдер арасында қан мен несеп шарттар ортақ 50,5 жиілігінде болуы

мүмкін екені анықталды. Балалар мен жасөспірімдердің (1-18 жасқа дейін) барлық жас топтардың арасында, туберкулезбен ауған науқастармен қатынасу 33,7 аясында мүмкін, BCG тыртықтар табылмағаны және жалпы қан сынақтар өзгерістері 25,3 жиілігінің ішінде болып шықты.

**Кілт сөздер:** диагностика, зерттеу, балалар, жасөспірімдер, аурумен қатынасу.

#### ABSTRACT

**Bekembaeva G.S.** - MD, professor of phthiisology department of JSC "Astana Medical University", Astana  
**R.J. Zhusupova** - deputy chief of the organizational and methodical work of regional antitubercular clinic, Astana  
**Toleubekova G.A.** - assistant of the department of phthiisology JSC "Astana Medical University", Astana

#### RESULTS OF APPLICATION DIASKINTEST AND TUBERCULIN TEST FOR EARLY DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN KAZAKHSTAN

The article describes the results of clinical studies on the comparative effectiveness of diagnostic tests (tuberculin and Diaskintest) on 101 children aged 1 to 18 years. Before and after setting test children were taken clinical analysis of blood and urine tests, chest X-ray was performed once, only those children that have found positive results on the test. Dynamic research General clinical tests and the results of diagnostic tests showed that the results were correlated with each other and are believable, according to statistical research conducted in SPSS program 16 (descriptive and ANOVA, chi-square test, multinomial logistic regression). During the chi-square test checked the mutual independence of the two variables, contingency tables, and because of this we have elucidated the indirect dependence of both variables. It was determined that changes in X-ray light, the common blood and urine tests among children and adolescents may be at a frequency of 50.5. Among all the age groups of children and adolescents (from 1-18 years), the expected number of contacting with TB are possible within the frequencies 33.7, lack scars BCG and changes in general blood tests within a frequency of 25.3 cases

**Key words:** children, adolescents, research, contact, diagnosticum.

**Бекембаева Г.С.,** д.м.н.

АО «Медицинский Университет Астана», [Казakhstan. gbeke@mail.ru](mailto:gbeke@mail.ru)

#### ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ИСТОЧНИКОВ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

#### АННОТАЦИЯ

В данной статье представлен анализ факторов риска заражения детей и подростков из очагов МЛУ ТБ в зависимости от приверженности источника бактериовыделения к лечению. Изучение данных источников заболевания, прерывавших лечение и контактировавших в очаге с детьми и подростками, показало, что в основном больные МЛУ ТБ были мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, безработные, во время лечения в интенсивной фазе нарушавшие больничный режим, самовольно уходившие домой, 16,0% из них ранее были судимы. У контактных детей и подростков из группы больных, прерывавших лечение достоверно чаще констатирована гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных с больными без перерывов в лечении (3,4%) ( $p \leq 0,05$ ). В группе, где больные прерывали лечение, заболело 2 детей и 3 подростков (15,0%), в группе, где больные регулярно принимали лечение, заболел один подросток (3,0%) ( $p \leq 0,05$ ).

**Ключевые слова:** дети, подростки, очаг туберкулеза, факторы риска.

В настоящее время туберкулез с множественной и широкой лекарственной устойчивостью выявляется во многих странах мира, поражая социально-уязвимые слои населения [1]. Особую значимость имеют профилактические мероприятия, проводимые в очагах туберкулезной инфекции [2,3]. Исследования, проводимые в очагах туберкулезной инфекции, выявили недостатки, связанные с несвоевременным выявлением контакта с больными туберкулезом, нарушением и несоблюдением санитарно-противоэпидемиологических мероприятий, а также недостаточную их эффективность в связи с бесконтрольным проведением [4, 5,6,7].

Приверженность к лечению самих больных, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, а также полноценное и своевременное проведение профилактических мероприятий проживающим здесь контактным детям и подросткам крайне важно для своевременной диагностики и профилактики детского

туберкулеза [8,9,10,11]. Актуальность изучения методов повышения приверженности к непрерывно контролируемому лечению больных МЛУ ТБ и контактных детей и подростков из этих очагов несомненна на современном этапе для борьбы с этой инфекцией.

Цель исследования: Определить факторы риска в очагах туберкулезной инфекции, способствующие инфицированию и заболеванию детей и подростков.

Задачи исследования: Изучить приверженность больных ТБ в очагах и определить ее влияние на развитие локального туберкулеза у контактных детей и подростков, проживающих в них. Провести анализ причин перерывов лечения у источников бактериовыделения из очагов МЛУ ТБ. Провести сравнительный анализ инфицированности контактных в очагах МЛУ ТБ и в очагах с сохраненной чувствительностью до и после проведения контролируемой химиопрофилактики.

Методы исследования: Для определения факторов риска заболевания детей и подростков из очагов МЛУ ТБ нами был проведен анализ приверженности к лечению источника заболевания МЛУ ТБ, для чего был разработан опросник - для детей, подростков и их родителей. Заполнены и анализированы 50 анкет на детей и 50 анкет на подростков, 68 источников МЛУ ТБ. Опросник содержал сведения о больном ТБ: возраст и пол, жилищно-бытовые условия, состав семьи, социальное состояние семьи, наличие сопутствующих заболеваний, длительность наблюдения в диспансере, сведения о сроках изоляции, регулярность приема препаратов и т.д.

В опроснике для контактных детей и подростков выяснялся медицинский анамнез: длительность контакта с больным туберкулезом, своевременность взятия на учет по контакту, организованность контактных детей и подростков, данные туберкулинодиагностики до и после взятия на учет по контакту, наличие рубчика БЦЖ, наличие фоновых заболеваний, данные обследования (общий анализ крови и мочи, рентгенография грудной клетки), наличие симптомов интоксикации, аускультативные данные, сроки назначения химиопрофилактики и контроль за проведением химиопрофилактики, всего 30 факторов.

Результаты: На основании анализа данных анкет, мы условно разделили детей и подростков из очага МЛУ ТБ на 2 группы. Первую группу (основную) составили 15 детей и 20 подростков, где у источника инфекции были отмечены перерывы в лечении (33 больных), вторую группу (контрольную) составили 35 детей и 30 подростков из очага, где больные регулярно получали лечение препаратами второго ряда на этапах интенсивной и поддерживающей фаз (35 больных). Предварительный анализ показал, что в первой группе девочек было 65,0%, а во второй группе преобладали мальчики – 60,0%. Из анкет было установлено, что в первой группе среди источников МЛУ ТБ, контактировавших с исследуемыми детьми и подростками, в основном были больные мужского пола – 20 (61,0%), а во второй группе - женского пола 22 (58%).

Различались данные группы по уровню образования источника заболевания, так, в первой группе в основном больные имели среднее образование - 21 (64,0%), средне – специальное – 4 (12,0%) и высшее образование имело 8 (24,0%) больных. Во второй группе уровень образования оказался несколько выше, здесь больные имели средне – специальное образование - 18 (51,0%) больных, высшее образование - 15 (43,0%) и лишь двое (6,0%) больных имели среднее образование. Только половина больных из первой группы до заболевания имели работу, а во второй группе работающих было несколько больше (27 – 78,0%). В первой группе вредные привычки имели 78,0% источников, а во второй группе - 35,0% больных. Находились ранее в местах лишения свободы 16,0% больных из первой группы, во второй группе таковых не было. В обеих группах у источников заболевания из клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез – 79,0% и 86,0% соответственно, реже встречались такие клинические формы туберкулеза как: диссеминированный туберкулез - у 3,0 и 2,8% соответственно, туб. плеврит встречался - у 9,0 и 8,6% больных обеих групп, казеозная пневмония диагностирована в 6,0% случаев больных первой группы, фиброзно-кавернозный туберкулез – у 3,0% и 2,6% соответственно.

Переносили препараты второго ряда не все больные одинаково, так, в первой группе побочные явления наблюдались у 76,0% больных, а во второй группе 35,0% больных плохо переносили ПВР. В основном, непереносимость чаще проявлялась в виде тошноты, общего дискомфорта, болей в эпигастральной области. По этой причине 5 (15,2%) и по другим причинам 6 (18,2%) больных из первой группы прервали лечение на этапе интенсивной фазы, а 3 (9,0%) оторвались от лечения по различным причинам на поддерживающей фазе. В основном это лица, ведущие асоциальный образ жизни, имеющие неблагоприятные жилищные условия и др.

Причинами прерывания лечения являются длительность лечения и наступающее после применения противотуберкулезных препаратов у большинства пациентов улучшение общего самочувствия, которое рассматривается некоторыми больными как сигнал к прекращению приема противотуберкулезных препаратов и ненужности госпитализации. По данным анкеты, негативно относятся к пребыванию в стационаре 54% больных. Вместе с тем для определенной категории лиц имелись и положительные стороны в длительности стационарного лечения. Так, 24% больных рассматривали пребывание в стационаре как возможность отдохнуть, не выходить на работу, т. е. положительно. Конверсия мазка наступила у всех больных второй группы на 1-2 месяце лечения, а у 3 (9,0%) больных из первой группы конверсия наступила лишь через 6 месяцев лечения.

Таким образом, анализ изучения приверженности к лечению источников заболевания показал, что прерывают лечение в основном мужчины, безработные, имевшие вредные привычки, в виде злоупотребления алкоголем. Во время лечения в интенсивной фазе они нарушали больничный режим, самовольно уходя домой, подвергая тем самым риску заражения своих родственников. По социальному статусу в первой группе преобладали малоимущие семьи - 41,2% случаев, 37,2% контактных детей и подростков были из семей мигрирующего населения. Во второй группе в 64,4% случаев дети и подростки были из нормальных социальных условий, а в 17,8% случаях семьи были малоимущими. При изучении видов контакта у наблюдаемых было выяснено, что большинство детей и подростков из первой и второй групп имели тесный семейный контакт (85,8% и 81,4% соответственно). В основном отмечен контакт с больным ТБ сроком от 2-3 лет. При анализе лабораторных исследований в гемограмме выявлены изменения в виде снижения гемоглобина (гипохромная анемия) у 66,9% детей и подростков из первой группы и у 35,6% контактных из второй группы, у 3,5% и 5,0% контактных выявлено снижение числа лимфоцитов (лимфопения), у остальных детей и подростков отмечено их нормальное содержание.

При взятии на «ДУ» в противотуберкулезном диспансере на момент выявления очага туберкулезной инфекции МЛУ в первой группе инфицирование установлено у 40,0% контактных детей и подростков, после дообследования – 56,0%. Во второй группе после выявления источника инфекции число инфицированных составило 35,5%, после дообследования 45,7% детей и подростков из данной группы наблюдения. Что говорит о не всегда качественном проведении диагностических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции. Достоверности по уровню инфицированности между группами выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ). Однако следует отметить, что у контактных детей и подростков из первой группы достоверно чаще отмечалась гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных из второй группы (3,4%) ( $p \leq 0,05$ ).

Контролируемое химиопрофилактическое лечение получили в 99,2% и 98,7% случаев инфицированные дети и подростки обеих групп. После проведения химиопрофилактического лечения у 60,0% детей во второй группы отмечалось снижение туберкулиновой чувствительности, тогда как у детей из первой группы отмечалось нарастание туберкулиновой чувствительности на 25,0%, в 15,0% случаев отмечалось снижение туб. чувствительности и в 60,0% она осталась на прежнем уровне. Отсутствие приверженности к лечению источника заболевания и неполноценное выполнение профилактических мероприятий в очаге привело к тому, что в первой группе заболело 2 детей и 3 подростков (15,0%), из них у одного ребенка диагностирован туберкулез внутригрудных узлов и у другого выявлен плеврит туб. этиологии, у всех троих подростков этой группы установлен инфильтративный туберкулез легких. Во второй группе заболел один подросток (3,0%), у которого диагностирован инфильтративный туберкулез легких ( $p \leq 0,05$ ). Из вышеизложенного следует, что в очагах с МЛУ ТБ, где у взрослых больных были перерывы в лечении, риск угрозы инфицирования и заболевания детей и подростков выше, чем в очагах МЛУ ТБ, где больные регулярно принимали препараты.

**Выводы:** Анализ изучения данных источников заболевания, прерывавших лечение и контактировавших в очаге с детьми и подростками, проживавшими здесь, показал, что в основном это были мужчины, злоупотреблявшие алкоголем, безработные, во время лечения в интенсивной фазе нарушавшие больничный режим, самовольно уходившие домой, 16,0% из них ранее были судимы. У контактных детей и подростков из группы больных, прерывавших лечение, достоверно чаще констатирована гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных с больными без перерывов в лечении (3,4%) ( $p \leq 0,05$ ). В группе, где больные прерывали лечение, заболело 2 детей и 3 подростков (15,0%), в группе, где больные регулярно принимали лечение, заболел один подросток (3,0%) ( $p \leq 0,05$ ).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Молофеев А.Н. Современные тенденции в эпидемиологии туберкулеза: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук. - М., 2004.
2. Митинская Л.А., Тригуб Н.И, Васильева А.М. Пути повышения эффективности профилактических мероприятий, проводимых в очагах туберкулезной инфекции. // Пробл. Туб.- 1984.- №4. – С. 18-22.
3. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл.туб.2002.-№1.-С.6-9.
4. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам.// Пробл. туб.- №1.- 2009.- С.3-4.
5. Passanante M.R., Gallagher C.T., Reichman L.B. Preventive therapy for contacts of multidrug-resistant tuberculosis. A Delphi survey. Chest 1994; 106: 431-434.
6. Шилова М.В. Организация и результаты лечения больных туберкулезом в России // Врач.- 2001.- №2.- С.2-6.
7. Аксенова К.И. Химиопрофилактика в очагах туберкулезной инфекции //Материалы юбилейной сессии: 80-летие ЦНИИ туберкулеза РАМН. – М., 2001. – С.95-96.

8. Митинская Л.А., Елуфимова В.Ф., Юхименко Н.В. и др. Выявление туберкулеза у детей из новых групп риска и эффективность химиопрофилактики // Пробл. туб.- 1996.- №6.- С. 33-35.
9. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью/ под ред. Иван Бастиан, Франсуа Порталс.// М: «Медицина и жизнь», 2003.
10. Livengood J.R., Sigler T.G., Foster L.R., Bobst J.G., Snider D.E. Jr., Isoniazid resistant tuberculosis. A community outbreak and report of rifampin prophylaxis failure. JAMA 1985; 253: 2847-2849.
11. Лебедева Л.В. Химиопрофилактика туберкулёза у детей и подростков (показания, методика, эффективность). Дисс... доктора медицинских наук. М. 1971.- С 108-265.

## ТҮЙІН

Бекембаева Г.С. - м.ғ.д.

“Астаналық Медицина университеті” АҚ, Қазақстан Республикасы, [gbeke@mail.ru](mailto:gbeke@mail.ru)

### ТУБЕРКУЛЕЗ ОШАҚТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУГЕ ӘСЕР ҰСТАНУ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ АУЫРУ БАЙЛАНЫСЫ.

Бұл мақалада емдеуге байланысты МЛУ ТБ ошақтарында балалар мен жасөспірімдердің жұқтыру тәуекел факторларының тандауын ұсынады. Аурудың риск факторларын зерттеу, және балалар мен жасөспірімдердің қатысуымен, емді үзілгенін, алкогольді асыра пайдаланатындар, жұмыссыздар, ауруханада бұзуы режимінде емдеу қарқынды кезеңі кезінде, өз еркімен үйіне кететін 16,0% науқас болды, олар ертеде тұрмеде отырып шыққан екен. Емді үзген науқастар тобындағы балалар мен жасөспірімдердің айтарлықтай неғұрлым айқын гиперергиялық реакция болды (10,8%) емді үзбеген науқастардың ішінде балалар мен жасөспірімдердің ішінде (3,4%) айқын гиперергиялық реакция табылды ( $p \leq 0,05$ ). Науқастар үнемі емделген тобында бір жасөспірім ауруға шапты (3,0%) емін үзген науқастардың тобында және балалар мен жасөспірімдермен бірге тұрған жағдайда 2 бала және 3 жасөспірімдер (15,0%) ауруға шапты.

**Кілт сөздер:** ошақ, науқас, балалар, жасөспірімдер, риск факторлар.

## SUMMARY

### IMPACT OF ADHERENCE TO TREATMENT AT THE SOURCE OF TB ON THE INCIDENCE AMONG CONTACTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS.

**Bekembayeva G.S.** – MD, prof Department of Phtiziatician JSC "Astana Medical University", Astana, Kazakhstan.

This article analyzes the risk of exposure of children and adolescents from the nidus of MDR-TB, depending from adherence to treatment of the source of bacteria. Analysis of the study sources of the disease showed where the treatment is interrupted, and they lived with children and adolescents, were mostly males, alcohol abusers, unemployed, during the intensive phase of treatment in a hospital, contraventions regime voluntarily go home, 16.0% of them were previously judged. Among of the contact of children and adolescents from the group of patients who interrupt treatment were significantly more pronounced hyperergic reactions to tuberculin (10.8%) than in contact with the patients without treatment interruptions (3.4%) ( $p \leq 0.05$ ). In the group where patients discontinued treatment were sick 2 children and 3 adolescents (15.0%) in the group where patients were treated regularly, one adolescent was sick (3.0%) ( $p \leq 0.05$ ).

**Key words:** children and adolescents, factor of risk, nidus of TB.



**А.М.Салыбеков** - областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).

**Ш.Ж.Мамахов** - главный врач Отырарского межрайонного противотуберкулезного диспансера, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [otrar\\_tub@mail.ru](mailto:otrar_tub@mail.ru)

**Ж.У.Нысанбаев** - главный врач Шардаринского противотуберкулезного диспансера, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [askar\\_52@mail.ru](mailto:askar_52@mail.ru)

**С.Р. Балабекова** – врач-фтизиопедиатр Казыгуртского противотуберкулезного диспансера, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [tubbolnica84@mail.ru](mailto:tubbolnica84@mail.ru)

## РЕЦИДИВЫ – КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: определить частоту рецидивов, сроки возврата болезни, установить основные факторы, способствующие обострению болезни, а также указать мероприятия, направленные на снижение рецидивов. Рецидив туберкулеза – это состояние обострения или возврата болезни, когда у больного, ранее получившего лечение противотуберкулезными препаратами (далее ПТП) с исходом «вылечен» или «лечение завершено», вновь установлено бактериовыделение. Выводы: На возникновение рецидива влияют многие факторы. Основными причинами являются: отсутствие системности в организации непосредственного контролируемого лечения и обязательных флюорографических обследований лиц из групп «риска», наличие сопутствующих заболеваний и недостаточное их выявление на участках с последующей диспансеризацией больных и оказания квалифицированной патогенетической помощи и коррекции побочных эффектов на ПТП.

**Ключевые слова:** рецидив, ВОЗ, НКЛ, химизатор, ПТП, НРБТ.

По рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) – удельный вес рецидивов среди зарегистрированных активных больных не должен превышать 15-20%. В Южно-Казахстанской области данный показатель колебался в пределах 35-30%, в 2014г. – уровень рецидивов достиг 28,5%. Высокий удельный вес повторного обращения больных с обострением болезни свидетельствует о недостаточной эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий и слабом мониторинге за их выполнением в звене первичной сети. Рецидивы являются индикаторами эффективности противотуберкулезных мероприятий, в первую очередь, на амбулаторном этапе и санитарной просвещенности как больных, так и всего населения по туберкулезу.

Материалы и методы. Для изучения частоты рецидивов и причин их возникновения были проверены истории болезни, амбулаторные карты 589 больных, зарегистрированных по области в 2014г., листы выдачи противотуберкулезных препаратов. Выборочно проверены анкеты больных, проанкетированных на занятиях «Школа пациента», проводимых во всех противотуберкулезных учреждениях области. Полученные данные сопоставлены с результатами статистической отчетности (ТБ07, ТБ-08, 8 форма-здрав) и электронной базы данных слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» (далее НРБТ) за 6 лет: с 2009г. по 2014г.

Результаты и их обсуждение. Удельный вес и интенсивный показатель возникновения рецидивов за 6 лет (2009-2014гг.) показан в таблице 1.

Таблица 1 - Удельный вес и интенсивный показатель возникновения рецидивов.

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Уд.вес рецидивов (%)	35,6	32,3	31,0	33,0	29,5	28,5
Интенсивный показатель возникновения рецидивов (100 тыс.нас)	40,0	36,5	31,2	33,4	17,4	14,4

Как видно из таблицы 1. отмечается снижение интенсивного показателя рецидивов среди населения с 40,0 на 100 тыс. в 2009г. до 14,4 в 2014г., темп снижения составил 64%. В структуре зарегистрированных случаев рецидивы также имеют тенденцию к снижению с 35,6% в 2009г. до 28,5% в 2014г., тем не менее, удельный их вес остается высоким и превышает стандарт ВОЗ -15-20%. Высокий удельный вес рецидивов в 2009-2012гг. был связан с главной причиной роста рецидивов - нарушением больными основных принципов контролируемого лечения: длительность, непрерывность, своевременность, когда средними медработниками первичного звена, ответственных за НКЛ, допускалась выдача противотуберкулезных препаратов на руки и на несколько месяцев. Возвращение такого больного на повторное лечение не должно было именоваться «рецидивом», а должно было считаться «лечением после перерыва», т.к. 70% таких больных не принимали препараты регулярно и до конца курса лечения. При



уточнении у 589 рецидивных больных сроков возврата болезни от предыдущего лечения выяснилось, что 10 (1,7%) больных вернулись с обострением на повторное лечение через 1 - 3 месяцев от пройденной ранее химиотерапии; 22 (3,7%) больных вернулись через 3 - 6 месяцев; 30 (5,1%) больных – до 1 года. Раннее возвращение больных, на повторное лечение в связи с обострением туберкулезного процесса, является ярким примером некачественной организации НКЛ на амбулаторном этапе и игнорированием химизаторов своих прямых обязанностей. Остальные больные: 45 (7,6%) вернулись в течение 2 лет; 86 (14,6%) больных в течение 5 лет; 119 (20,2%) больных в течение 10 лет; свыше 10 лет - 46,0% (271 больной).

Снижение рецидивов среди населения стало намечаться в 2013-2014гг., когда показатель возникновения рецидивов на 100 тыс.населения составил 17,4 и 14,4 соответственно. Такое позитивное явление было связано с усилением мониторинга за противотуберкулезными мероприятиями и организацией во многих поликлиниках и врачебных амбулаториях первичной сети кабинетов противотуберкулезных препаратов (кабинеты НКЛ), где НКЛ проводит обученный средний медицинский работник данной организации или специально назначенный специалист-химизатор.

Второй причиной обострения туберкулезного процесса является наличие сопутствующих заболеваний и отсутствие их коррекций и наблюдения в участковой поликлинической сети. Так, по нашим наблюдениям и базе данных НРБТ – у 319 (54%) из 589 больных с рецидивами, поступивших на лечение в областной противотуберкулезный диспансер, имеются сопутствующие заболевания, причем 40% больных при наличии у них тяжелой соматической патологии не состояли на учете в первичной сети. Так из 7,6% больных (45), страдающих сахарным диабетом, в 30% случаях сахарный диабет был установлен у больных впервые в областном противотуберкулезном диспансере; у 7,6% (45) больных с сердечно-сосудистой патологией, в 15% - заболевания сердца были выявлены штатным кардиологом ОПТД, соответственно данные больные не состояли на диспансерном учете. Заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в 6,4% (38), язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки у 4,1% (24), психические расстройства - 3,6% (21), ВИЧ -2,2% (13), системные заболевания -2% (12).

Наиболее часто встречаемая патология –это хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) - 13,4%, которым в первичной сети не уделяется должного внимания, хотя данный контингент относится к группе «риска» и должен обследоваться на туберкулез ежегодно. Стигма «тубик», как клеймо на всю жизнь, сильно закреплена в обществе, что удерживает ранее переболевшего больного обратиться в общую лечебную сеть за обследованием, получением полноценного лечения по поводу соматического заболевания, а также для коррекции побочных эффектов от противотуберкулезных препаратов на амбулаторном этапе средствами патогенетической терапии. Все это создает предпосылки для рецидива туберкулезного процесса и поступления больного в палаты интенсивной терапии и в реанимационное отделение областного противотуберкулезного диспансера в тяжелом и крайнетяжелом состоянии, отягощенного не туберкулезным процессом, а «букетом» тяжелых соматических заболеваний.

Этому подтверждение – отсутствие ежегодного 100% обязательного профосмотра лиц из групп «риска», в частности, лиц с остаточными изменениями в легких после перенесенного туберкулеза (Приказ МЗСР РК №19 от 22.08.2014г.). Из 589 больных с рецидивами только 36,5% ежегодно проходят флюорографическое обследование, остальные 63,5% не имеют результатов флюорографии, причем -10,7% больных не проходили флюорографию 1 год; 12,9% - в течение 2-х лет; 10,7% - не обследовались 3 года; 4,7% - в течение 4 лет; 10,7% -5 лет; 5,2% - 10 лет и 8,6% больных в течении 20 лет.

Третьей, немаловажной причиной высоких цифр рецидивов в 2009 -2010гг., является отсутствие дифференцированного четкого подхода к их типированию. С периода формирования электронной базы слежения «Национальный регистр больных туберкулезом» (2004-2005гг.) и полноценного его подключения к работе (2008-2009гг.) участковыми фтизиатрами в тип «рецидив» включались все больные, вернувшиеся на лечение повторно: нарушители режима, с неудачей в лечении, прибывшие на лечение из других областей., хотя в данное определение должен входить больной, полностью завершивший предыдущий курс лечения.

Особенно, частые ошибки в типировании допускались по отношению к больным, нарушивших режим химиотерапии из-за временного клинического улучшения состояния и вернувшихся с обострением тубпроцесса через несколько месяцев и даже - лет. Длительное мнимое благополучие состояния подкреплялось самими больными иммуномодуляторами, витаминами, средствами патогенетической терапии, а самое главное - периодическими приемами противотуберкулезных препаратов, что свидетельствует о выдаче химизаторами и участковыми медсестрами препаратов на руки больным, что противоречит основному принципу контролируемого лечения во фтизиатрии «из рук в рот». К примеру в 2010г. из зарегистрированных 710 больных ошибочное типирование было допущено в 62 случаях, что составило 10,5% или интенсивный показатель составил бы 26,2 вместо 36,5 на 100 тыс.нас. С 2009гг. подход к типированию больных стал более отточенным и дифференцированным.

Таким образом, выше перечисленные основные причины, как отсутствие системности в организации непосредственного контролируемого лечения и обязательных флюорографических обследований лиц из групп «риска», наличие сопутствующих заболеваний, недостаточное выявление на участках соматических

больных с последующей их диспансеризацией и коррекцией побочных эффектов на ПТП, являются предпосылками для повторного возврата туберкулезного больного на лечение. И только устранение этих факторов (и они являются устранимыми) может привести к длительному закреплению результата от предыдущего лечения и дальнейшему системному снижению рецидивов.

### ТҮЙІН

- А.Салыбеков** – облыстық туберкулезге қарсы диспансердің дәрігер реаниматологі, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)  
**Ш.Ж.Мамахов** - Отырар ауданаралық туберкулезге қарсы диспансердің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [otrar\\_tub@mail.ru](mailto:otrar_tub@mail.ru)  
**Ж.У.Нысанбаев** - Шардара аудандық туберкулезге қарсы диспансердің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [askar\\_52@mail.ru](mailto:askar_52@mail.ru)  
**С.Р. Балабекова** - Қазығұрт аудандық туберкулезге қарсы диспансердің дәрігер фтизиопедиатрі, Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [tubbolnica84@mail.ru](mailto:tubbolnica84@mail.ru)

### ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕ ТУБЕРКУЛЕЗ ДЕРТІНІҢ ҚАЙТАЛАНУЫ - ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ІС – ШАРАЛАРДЫҢ САПАСЫНЫҢ ИНДИКАТОРЫ РЕТІНДЕ

Туберкулездің қайталануы деген - алдыңғы ем алып болғаннан кейінгі «сауықтырылды» немесе «емдеу аяқталды» деген қорытындысымен емін толық бітірген және қайтадан қаралған кезінде туберкулез микобактериясының оң нәтижелі болған жағдайды -рецидив деп атайды. Қайталанған жағдайдың туындауына көптеген факторлар әсер етеді. Негізгі себептері болып: алғашқы ұйымда дәрілерді тікелей қадағалаусыз наукастардық қолдарына ұстату және «қауіпті тобындағы» міндетті флюорографиядан өтілетін жеке топтарды уақытылы, дер кезінде тексермеуі болып табылады. Оған қосымша бастапқы медико-санитарлық жүйесінде учаскелік дәрігерлерімен қосымша патогенетикалық емді және туберкулез-ге қарсы дәрі-дәрмектерден болатын кері әсерлерін жою үшін үлестерін қоспауы да теріс әсерін тигізеді.

**Кілт сөздер:** қайталану, ДДҰ,ТКЕ, химизатор,ТҚД, ТНҰР.

### SUMMARY

- A.M. Salybekov**- Regional TB Dispensary, Shymkent, South Kazakhstan region, Kazakhstan [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru).  
**Sh.Zh. Mamahov**- chief physician Otyrar interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [otrar\\_tub@mail.ru](mailto:otrar_tub@mail.ru)  
**Zh.U.Nysanbaev**- chief physician Shardarinsky TB Dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [askar\\_52@mail.ru](mailto:askar_52@mail.ru)  
**S.R Balabekova** - doctor ftziopediatr Kazygurt TB Dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [tubbolnica84@mail.ru](mailto:tubbolnica84@mail.ru)

### RELAPSE – AS IN INDICATOR OF TB CONTROL ACTIVITIES IN THE HEALTH SYSTEM

Relapse tuberkuleza- this condition worsening or return of illness when a patient has previously received TB treatment (hereinafter TAP) with the outcome "cured" or "treatment completed", the newly found bacteria. On the occurrence of relapse is influenced by many factors. The main reasons are: lack of consistency in the organization directly supervised treatment and mandatory fluorography individual groups "at risk", the presence of comorbidities and the lack of identification of the areas with the subsequent clinical examination of patients and the provision of qualified assistance and pathogenetic correction of side effects on POPs.

**Key words:** recurrence, WHO, NKL, himizator, PTP, NRBT.

- Ч.Ж.Косыбаева** – заместитель главного врача по лечебной работе областного противотуберкулезного диспансера, Южно- Казахстанская область, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- С.С.Култасова** - врач областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- С.У.Базарбаев** – главный врач Махтаральского противотуберкулезного диспансера, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)
- Г.К. Нуржанов** - главный врач Сайрамского противотуберкулезного диспансера, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)
- А.Т. Мелдебекова**- заведующая отделением районного противотуберкулезного диспансера, Тюлькубасский район, Южно-Казахстанская область, e-mail [<tubdispanser1@rambler.ru>](mailto:tubdispanser1@rambler.ru)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### Аннотация

**Цель работы:** оценить результаты лечения больных с рецидивом туберкулеза с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам (далее ПТП), изучить основные факторы, влияющие на низкую эффективность лечения среди данной когорты пациентов и причины формирования среди них лекарственной устойчивости. Для анализа взяты 2 когорты рецидивных больных, зарегистрированных в 2012-2013гг. и вернувшихся на лечение повторно. Исходы лечения оценивались, согласно Приказу №19 МЗСР РК от 22.08. 2015г., через 12-15 месяцев назад. В оценочную когорту взяты рецидивы только с положительным мазком мокроты. Факторами риска развития рецидива являются соматические заболевания (54,2%), наркомания (8,3%), алкоголизм (11,5%), БОМЖ (5,9%), миграция (10,5%), судимость (4,4%), снижение иммунного статуса среди уязвимых слоев населения: пенсионеры (18,2%), студенты (6,1%), школьники (2,3%), подростки (1,4%), беременные (1,4%). Но основной причиной низкой эффективности лечения среди рецидивов является несоблюдение основных принципов химиотерапии: длительность, непрерывность, своевременность и контролируемость, как больными, так и медперсоналом, курирующим туберкулез на своем участке.

**Ключевые слова:** рецидивы, конверсия, контрольный мазок, неудача в лечении, перевод в IV категорию.

По итогам статистического обзора по туберкулезу в Республике Казахстан за 2014г. Южно-Казахстанская область стоит на 2- м месте по снижению интенсивного показателя возникновения рецидивов (14,4 на 100 тыс.населения), после г. Алматы, где данный показатель составил 10,4 при среднереспубликанском значении 19,0. В 2013 г. наша область занимала 6-е место (17,2) после Восточно-Казахстанской области(9,2), г.Астана (9,4), Западно-Казахстанской (13,2), Костанайской (13,5), Мангистауской (13,7), Акмолинской (17,0) областей при среднереспубликанском значении (18,6) [1].

Несмотря на объективные позитивы, в целом по области, территориально – имеются неблагополучные регионы, как Шардаринский, где распространенность рецидивов среди населения составляет 50,3 на 100 тыс., Арыский район (30,0), г.г. Кентау и Туркестан (28,0), Сарыагашский район (25,8). В этих же регионах удельный вес рецидивов среди зарегистрированных лиц составляет в среднем 33-35%,а в Сарыагашском - 41,7% при среднеобластном значении 28,5%.

По стандарту ВОЗ доля больных с рецидивами туберкулеза среди всех зарегистрированных больных не должна превышать 15-20%, т.к. от полученного лечения при соблюдении всех принципов химиотерапии, как длительность, непрерывность, своевременность и контролируемость, должен быть закреплен успешный, как минимум, длительный результат [2].

**Материалы и методы:** изучены истории болезни больных когорты 2012 -2013гг., использованы данные статистической отчетности ТБ -07, ТБ-08 и данные электронной базы слежения за туберкулезными больными «Национальный регистр больных туберкулезом».

**Результаты и обсуждения:** у 589 больных, зарегистрированных в 2014г. с рецидивом болезни, в клинической структуре преобладала инфильтративная форма туберкулеза - 480(81,5%); с фиброзно-кавернозной формой - 40(6,8%); с диссеминированной формой -20(3,4%); с экссудативным плевритом - 21 (3,6%); внегочными формами-23(3,9%); с цирротическим туберкулезом -5 ( 1%).

Наибольший процент рецидивов приходится на трудоспособный возраст 35-44лет (20,6%) и 45-54 лет (20,4%), табл.1.

**Таблица 1 - Распределение рецидивов по возрастам**

Всего	2013г.		2014г.	
	Абс.ч.	Уд.вес	Абс.ч.	Уд.вес
5-14	6	0,9	4	0,7
15-17	5	0,8	8	1,3
18-24	62	9,4	52	8,7
25-34	130	19,7	105	17,6
35-44	124	18,8	123	20,6
45-54	137	20,7	122	20,4
55-64	99	15,0	102	17,1
Старше65	98	14,8	82	13,7
Итого	661	100,0	589	100,0

Чаще болеют мужчины 382 (63,9%), женщин - 207 (36,1%). Из городской местности - 251 (42,6%) больной, из сельской - 338 (57,4%). При поступлении больных в стационар им проводился полный перечень обследований, согласно клиническому протоколу ведения и лечения туберкулеза. При проведении общеклинических, биохимических, инструментальных и рентгенологических методов исследования у 319 (54,2%) больных были установлены сопутствующие заболевания, причем у 40% - диагностированы впервые в областном противотуберкулезном диспансере.

**Таблица 2 - Сопутствующие заболевания у больных с рецидивом туберкулеза**

Сопутствующие заболевания, всего	2014г.	
	Абс.ч.	Уд.вес
Хронические обструктивные болезни легких	79	13,4
Сахарный диабет	45	7,6
Сердечно-сосудистые заболевания	45	7,6
Гастриты, холециститы, панкреатиты	38	6,4
Язвенная болезнь желудка и 12 п.к-ки	24	4,1
Гепатит	18	3,1
Психические расстройства	21	3,6
Эндокринные заболевания и гормонозависимость	24	4,1
ВИЧ	13	2,2
Системные заболевания	12	2,0
Всего	319	100,0
полость распада сохранилась	86	14,6

Из таблицы 2 видно, часто встречаемая соматическая патология - это ХОБЛ (13,4%) и с одинаковой частотой - сахарный диабет (7,6%) и сердечно-сосудистые заболевания (7,6%). Наличие соматических болезней и отсутствие коррекции в лечении нередко не только усугубляют основной процесс, но и являются причинами смерти больного. А сохранение полости распада в легком после предыдущего лечения - является резервуаром туберкулезной инфекции и также служит причиной повтора болезни.

**Таблица 3 - Конверсия мазка мокроты среди больных с рецидивом МБТ (+)**

Годы	БК+	На 3 мес.	На 4 мес.	На 5 мес.	Всего случаев с конверсией	Контрольный мазок не сделан	Мазок остался +
2012	511	179(35,0%)	79(15,4%)	64(12,5%)	322(63,0%)	88 (17,2%)	101(20,0%)
2013	370	185(50,0%)	59(15,9%)	43(11,6%)	287(77,6%)	33(8,9%)	50(13,5%)

Немаловажную роль в развитии рецидивов у 589 больных сыграли факторы риска, как наркомания - 49 (8,3%), алкоголизм - 68 (11,5%), БОМЖ-35(5,9%).

На увеличение удельного веса повлияла миграция - 62 больных (10,5%) прибыли в нашу область из других республик, в частности из Узбекистана; судимость имела место в 26 (4,4%) случаях.

Туберкулезом болеют больше всего незащищенные, уязвимые слои населения, как пенсионеры - 107(18,2%), студенты 36 (6,1%), школьники-12 (2,3%), подростки-8(1,4%), беременные -8(1,4%). Безработные составили 336(57,0%) случаев, служащие-16(2,7%).

Проведена оценка результатов лечения рецидивов с положительным мазком мокроты когорты 2012-2013гг. (таблица 3). Одним из оценочных стационарных показателей является конверсия мазка, т.е. негативация мокроты из МБТ (+) в МБТ (-).

Как видно из таблицы 3, конверсия мазка в процессе лечения была достигнута в когорте больных 2013 года в 77,6% (287) случаев, в когорте 2012 года в 63% (322). Контрольный мазок не сделан у 8,9% (33) и 17,2% (88) больных соответственно в связи с различными причинами (летальный исход в ранние сроки, нарушение больным режима лечения). У 13,5% (50) и 20% (101) больных мазок остался положительным в связи с неблагоприятным исходом, связанным с формированием лекарственной устойчивости. По истечении 12-15 месяцев у данной когорты больных были оценены результаты лечения (таблица 4).

**Таблица 4 - Результаты лечения рецидивов МБТ+**

годы	Всего	Вылечен	Неудача	Умер		Нарушение	Перевод в др.учр	Перевод в 4 кат
				от ТВС	От др.прич			
2012	511	211(41,3%)	25(4,9%)	25(4,9%)	26(5,1%)	20(3,9%)	6(1,2%)	198(38,7%)
2013	370	176(47,6%)	5(1,4%)	15(4,1%)	22(5,9%)	4(1,1%)	1(0,2%)	147 (39,7%)

Из 370 больных когорты 2013г. вылечены 176 (47,6%) больных, неудача в лечении наступила у 5 (1,4%), умерли 37 (10,0%), при стандарте ВОЗ не более 5% (из них от ТВС 15 (40,5%), от других причин 22 (59,5%); нарушение режима у 4 (1,1%); перевод в другую область у 1 (0,2%); перевод в 4 категорию у 147 больных (39,7%). Терапевтический успех лечения рецидивов МТ + составил 47,6% с включением когорты больных 4 категории, без данной когорты – эффективность лечения составила 78,9% ( в 2012г. - 41,3% и 67,4% соответственно).

Сопоставляя таблицу 3, пункт «Всего случаев с конверсией» и таблицу 4, пункт «Вылечен», можно убедительно судить о несовершенстве организации лечения и контроля за больными на амбулаторном этапе, т.к. результат, в данном случае конверсия мазка, достигнутый в стационаре среди больных когорты 2013 года - 77,6% (287 больных) должен был оставаться закрепленным и дать результат излеченности, как минимум, этот же - 77,6%.

Из-за отсутствия контроля за приемом препаратов на под-держивающей фазе и халатного отношения больного к своему здоровью из-за временного благополучия состояния, пришли к хорошему результату «вылечен» всего 176 больных (47,6%). Этот неблагоприятный факт подтверждается высоким процентом больных, переведенных в категорию IV на лечение препаратами второго ряда связи с развитием у них лекарственной устойчивости. Сравнивая пункты «Мазок остался +» таблицы 3 и «Перевод в IV кат» таблицы 4, вновь видна выраженная диспропорция в исходах лечения. Если мазок оставался положительным у 20% (101) больных в когорте 2013г. и 13,5% (50) больных в когорте 2012г. и приблизительно такое же это же количество больных возможно должны были перейти на лечение резервными препаратами. Но, из-за отсутствия непосредственного контролируемого лечения на участках, лекарственная устойчивость сформировалась у 38,7% (198) больных из когорты 2012г. и 39,7% (147) из когорты 2013г., т.е в 2-2,5 раза больше ожидаемого количества.

Таким образом, были сделаны следующие заключения: 1.С рецидивом болезни возвращаются чаще лица трудоспособного возраста 35-44лет (20,6%) и 45-54 лет (20,4%). Чаще болеют мужчины 382 (63,9%), преобладает сельская местность-338(57,4%). Более 54,2% имеют сопутствующую патологию, отягощающую течение основного процесса, причем у 40% - другие болезни были диагностированы впервые в областном противотуберкулезном диспансере. 2. Влияют на возникновение рецидивов факторы риска, как наркомания -49 (8,3%), алкоголизм -68 336(57,0%) (11,5%), БОМЖ-35(5,9%), миграция - 62(10,5%), пребывание в местах лишения свободы -26 (4,4%). 3.Туберкулезу больше подтверждены незащищенные слои населения: пенсионеры - 107(18,2%), студенты 36 (6,1%), школьники - 12 (2,3%), подростки - 8(1,4%), беременные-8(1,4%).

**Выводы:** Основной причиной низкой эффективности лечения больных с рецидивом туберкулеза является несоблюдение основных принципов химиотерапии: длительность, непрерывность, своевременность и контролируемость, как больными, так и медперсоналом, курирующим туберкулез на своем участке.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. К.А. Токторгазиева, А.А. Токтогонова, А.Б. Азыкова. Причины развития рецидивов туберкулеза легких после применения краткосрочных курсов химиотерапии. //Фтизиопульмонология. Национальный центр проблем туберкулеза. -№ 1(3)- 2003 – С. 103-104.

2. Мясникова Г.А. Влияние диспансерного наблюдения на течение рецидивов туберкулеза легких // Ж. Фтизиопульмонология. № 1(7) 2005 Национальный центр проблем туберкулеза. -С 6-9.

### ТҮЙІН

- Ч.Ж.Косыбаева** – облыстық туберкулезге қарсы диспансер бас дәрігердің ем жөніндегі орынбасары, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 87017412741 e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- С.С.Құлтасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің дәрігері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 877713875518, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- С.У.Базарбаев** – Мақтарал аудандық туберкулезге қарсы диспансердің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)
- Ғ.Қ. Нұржанов** - Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансердің бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)
- А.Т.Мелдебекова** – аудандық туберкулезге қарсы диспансер бөлімшесінің меңгерушісі, Түлкібас ауданы, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [tubdispanser1@rambler.ru](mailto:tubdispanser1@rambler.ru)

### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ ҚАЙТАЛАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМ НӘТИЖЕСІ

Туберкулез ауруы қайталанудың бір неше қауіпті факторлары бар, оның арасында қосымша, іліспелі аурулардың болуы ауру (54,2%), алкогольизм (11,5%), нашақорлық (8,3%), тұрақты мекен жайы жоқтығы (5,9%), көшіп-қону (10,5%), сотталғаны (4,4%). Оған қоса- зейнеткерлер (18,2%), студенттер (6,1%), оқушылар (2,3%), жасөспірімдер (1,4%), жүктілік (1,4%). Бірақ, ең маңызды себеп болып, науқастармен және өз аймағында туберкулезге жауапты маманның химиотерапиялық емнің негізгі қағидаларын /емнің ұзақтығы, үзбеу, уақытылы ішу және емді қадағалау / сақтамағандығы болып табылады.

**Кілт сөздер:** рецидив, конверсия, бақылау жағынды, емнің сәтсіздігі, IV сатыға өтту

### RESUME

- Ch.Zh.Kosybaeva** - deputy chief doctor of the medical work of the regional TB dispensary, South Kazakhstan region, 87017412741 e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- S.S.Kultasova** - a doctor of the regional TB dispensary, Shymkent. South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, 877713875518, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- S.U.Bazarbaev** - chief doctor Makhtaral TB Dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru) [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)
- G.K. Nurzhanov** - chief doctor Sairam TB Dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru) [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)
- A.T. Meldebekova**- head of the department of the district TB dispensary, Tulkubassky district, South Kazakhstan region, e-mail [tubdispanser1@rambler.ru](mailto:tubdispanser1@rambler.ru)

### RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH TB RELAPSE IN THE SOUTH KAZAKHSTAN REGION

To evaluate the results of treatment of patients with relapsed tuberculosis retained sensitivity to anti-TB drugs (hereinafter TAP), to examine the main factors influencing the low efficiency of treatment among this cohort of patients and causes the formation of drug resistance among them. For the analysis of cohort 2 taken relapsed patients registered in 2012-2013. and returned to treatment again. Treatment outcomes were assessed, according to the Order №19 from MZSR RK 22.08. 2015., 12-15 months ago. The estimated cohort taken relapses only smear-positive sputum. Conclusions. Risk factors for recurrence are somatic diseases (54.2%), drug abuse (8.3%), alcohol (11.5%), homeless (5.9%), migration (10.5%), criminal record (4, 4%), decrease in the immune status among vulnerable groups: senior citizens (18.2%), students (6.1%), students (2.3%), adolescents (1.4%), pregnant women (1.4%). But the main reason for the low efficiency of treatment relapse among non-compliance is the basic principles of chemotherapy: duration, continuity, timeliness and accountability, both patients and medical staff in charge of TB on the site.

**Keywords:** recurrent, conversion, control smear, treatment failure, transfer to Category IV.



**С.С.Култасова** – врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**А.И. Абдурахманов** – заведующий легочным отделением №3 областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.К.Серикбаев** - главный врач межрайонного противотуберкулезного диспансера, Арысский район, Южно-Казахстанская область, e-mail: [aris\\_tuber@mail.ru](mailto:aris_tuber@mail.ru)

**Ш.Б.Гулиев** - врач фтизиатр районного противотуберкулезного диспансера, Арысский район, отделение Ордабасы, Южно-Казахстанская область, e-mail: [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

## ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучение причин и факторов, способствующих летальному исходу, и определение мер устранения или ослабления влияния этих причин на темп снижения смертности от туберкулеза. Выводы: Проведен клинико-эпидемиологический анализ смертности и причин летального исхода от туберкулеза. Установлено, что туберкулез легких, как причина смерти занимает 97,9%, у 2,1% случаев смертей имелись внелегочные локализации. Среди умерших доля мужчин составила 75,1%, женщин – 24,9%, то есть лица мужского пола умирают от туберкулеза в 3 раза чаще. Наиболее высокая смертность у мужчин и женщин встречается в работоспособном возрасте 35-44 лет. Отмечен высокий удельный вес летальных исходов вследствие фиброзно-кавернозного (51,9%) и инфильтративного (33,3%) туберкулеза легких. Основными причинами летального исхода туберкулеза являются позднее выявление (23,8%), неправильное поведение больного (22,9%), сопутствующие заболевания (20,8%), особые неблагоприятные обстоятельства жизни больного (19,0%), неудачи лечения (8,6%), особенности течения туберкулезного процесса (5,7%). Множественная лекарственная устойчивость была зарегистрирована у 58,1% умерших (61 сл.).

**Ключевые слова:** смертность, танатогенез, DOTS, хронический случай, неблагоприятный исход.

Одной из приоритетных задач Послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Нурлы жол – путь в будущее», Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, Постановления Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014г. №597 «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы» обозначено улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу, направленное на снижение бремени туберкулеза и смертности от туберкулеза. Успешная реализация обозначенных программ дает плодотворные результаты в улучшении эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Смертность от туберкулеза на всей территории Республики Казахстан имеет тенденцию к стабильному снижению. С 2000г. по 2014г. темп снижения смертности от туберкулеза в Республике составил 81,1%: с 26,0 на 100 тыс. населения в 2000г. до 4,9 в 2014г. Аналогичная тенденция отмечается и в Южно-Казахстанской области (снижение на 75%). Вместе с тем, показатель смертности, в настоящее время, по-прежнему остается важным критерием оценки эпидситуации по туберкулезу и эффективности проводимых противотуберкулезных программ. На основании его уровня и динамики можно судить о качестве организации, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом [2,3].

Материалы и методы. Материалы были взяты из статистической отчетности, изучены истории болезни 105 больных, умерших от туберкулеза в региональных противотуберкулезных диспансерах, в т.ч. в Арыском межрайонном диспансере для больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза, в отделении Ордабасы и в 3-м терапевтическом отделении областного противотуберкулезного диспансера, а также проведена сверка базы данных электронного слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом» с базой данных Комитета государственной статистики Южно-Казахстанской области.

Результаты и обсуждение. За последние 15 лет произошло снижение территориального показателя смертности в РК с 26,0 до 4,9 на 100 тыс. населения или на 81,1%, а в ЮКО с 15,2 до 3,8 на 100 тысяч населения, темп снижения равен 75%.

Однако, летальность туберкулеза еще высока и составляет в среднем 5,8% в отношении к контингентам больных активным туберкулезом, а инвалидность – 16,7%. В связи с этим проведение анализа медико-социального состава и причин смерти впервые выявленных больных и состоящих на диспансерном учете больных остается актуальным. Состав умерших по возрастному – половому признаку за последние 2 года (2013-2014гг.) приведен в табл.1.





Диаграмма – Смертность от туберкулеза за 2000-2014гг. в Казахстане и ЮКО

Таблица 1 - Возрастно-половая структура больных, умерших от туберкулеза за 2013-2014гг.

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
До 14 лет	-	-	-	-	-	-
15-17	-	-	-	-	-	-
18-24	10	4,5	1	0,5	11	5,0
25-34	20	9,0	13	5,9	33	14,9
35-44	50	23,1	23	10,4	73	33,0
45-54	50	22,6	4	1,8	55	24,9
55-64	18	8,1	7	3,2	25	11,3
Старше 65	17	7,7	7	3,2	24	10,9
Всего	166	75,1	55	24,9	221	100,0

Как видно из этой таблицы среди умерших преобладали лица мужского пола, удельный вес которых составил соответственно 75,1%, то есть мужчины умирали от туберкулеза в 3 раза чаще, чем женщины (24,9%), следовательно, мужчины представляют наиболее угрожаемую группу не только по заболеванию, но и по неблагоприятному исходу туберкулеза. Наиболее высокая смертность у мужчин и женщин встречается в работоспособном возрасте 35-44 лет (33%).

В структуре клинических форм туберкулеза - туберкулез легких, как причина смерти, занимает 97,9%. Среди умерших наблюдался высокий удельный вес летальных исходов вследствие фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (51,9%) и инфильтративного (33,3%). Только у 2,1% случаев смертей отмечались внелегочные локализации. Выше изложенные факты соответствуют данным других авторов [4]. Результаты анализа больных по лечебным категориям DOTS указывают на снижение доли летальных исходов при новых случаях туберкулеза с 12,1% до 8,5%, среди рецидивов с 44,8% до 27,6% и на рост удельного веса хронических случаев с 34,6% до 52,4%. Приведенные данные четко коррелируют с происшедшими изменениями в динамике контингентов больных с активным туберкулезом. Так, процент деструктивных форм у первичных больных снизился за эти годы с 38,5% в 2013г. до 35,4% в 2014г. Рецидивы сократились в интенсивных показателях с 17,2 до 14,4. В то же время число хроников в контингенте больных активным туберкулезом легких увеличилось с 8,1% до 11,5%.

На основании разбора историй болезни 106 умерших в 2014г. больных от туберкулеза, были обозначены факторы, способствующие летальному исходу при туберкулезе: 1) позднее выявление, 2) неправильное поведение больного, 3) сопутствующие заболевания, 4) особые обстоятельства жизни, 5) неудачное лечение, 6) особенности течения процесса. Одно из первых мест среди причин летального исхода (табл. 2) приходится на позднее выявление туберкулеза. Как основная причина она была отмечена в 23,8% (25 сл.) случаев.

Смерть больного, который небрежно относился к химиотерапии, отказывался от госпитализации или от предложенного хирургического вмешательства, не выполнял гигиенического режима, злоупотреблял алкоголем, наркотиками, мы относим к рубрике «неправильное поведение больного». Эта причина явилась основной в 22,9% (24 сл.) и заняла второе место среди основных причин. Для уменьшения числа летальных

исходов у больных данной группы большое значение должно иметь усиление воспитательной и санитарно - просветительной работы диспансера среди больных хроников, роль, которой некоторыми фтизиатрами недооценивается.

Таблица 2 - Основные факторы летального исхода туберкулеза

№	Причины летального исхода	Число случаев	%
1.	Позднее выявление	25	23,8
2.	Неправильное поведение больного	24	22,9
3.	Сопутствующие заболевания	22	20,8
4.	Особые обстоятельства	20	19,0
5.	Неудачи лечения	9	8,6
6.	Особенности течения	6	5,7
	Итого:	106	100,0

Большого внимания заслуживают случаи туберкулеза, закончившиеся смертью, при которых резкое ухудшение течения процесса было вызвано каким либо тяжелым сопутствующим заболеванием. У пожилых больных чаще всего при этом речь идет о сердечно – сосудистых заболеваниях и общем атеросклерозе, ХНЗЛ, вирусном гепатите и других истощающих организм болезнях, что также оказывает отрицательное влияние на основной процесс. По нашим данным этот фактор был в 22 случае (20,8%). Успешное лечение таких комбинированных заболеваний требует повышения квалификации врачей фтизиатров в области общей терапии, улучшение диетологической службы в туберкулезных стационарах.

В 19% летальных исходов имелось отрицательное влияние неблагоприятных обстоятельств жизни больных (умершие на территории КУИС МВД -9 случаев, лица БОМЖ-11 случаев).

Определенное место (9 больных –8,6%) занимает неудача в лечении. Сюда были отнесены недостаточно длительная антибактериальная терапия и отрывы в лечении, появление непереносимости при антибактериальной терапии, неудачи при легочной хирургии (смерть после операции, тяжелые послеоперационные осложнения в виде легочно-плевральных свищей). Повышение качества лечебной работы, индивидуализация в отношении лечения каждого больного значительно уменьшит число неудач в лечебной деятельности. К неблагоприятным особенностям течения процесса относятся такие осложнения как кровотечения, развитие амилоидоза внутренних органов. На нашем материале особенности течения отмечены в 5,7% (6)случаях.

**Выводы:** Таким образом, для устранения причин, влияющих на показатель смертности, необходимы следующие мероприятия: повышение качества работы противотуберкулезных учреждений и учреждений общей лечебной сети в вопросе раннего выявления и контроля химиотерапии на амбулаторном этапе. Для уменьшения влияния сопутствующих заболеваний и особенности течения на летальность требуется повышение активности фтизиатров в области общей терапии, к лечению пожилых людей, необходимо повышение качества кардиологической и диетологической служб в противотуберкулезных учреждениях. А также большим подспорьем является улучшение условий содержания и лечения больных в пенитенциарных учреждениях, социальная защищенность амнистированных больных туберкулезом и лиц БОМЖ, социальная мотивация больных туберкулезом на амбулаторном этапе лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Диканбаева С.А., Ракишев Г.Б., Баймуханова К.Х. и др. Реализация адаптированной программы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан и ее результаты //I Конгресс фтизиатров Казахстана. –Алматы, 2004. – Сб. трудов. – С. 69-73.
2. Милеева Л.М., Мотовилова В.П. Медико-социальный состав ипричины смерти больных туберкулезом //Пробл.туб. – 2002.-№11.-С.16-18.
3. Сафарян М.Д., Николян Л.Т. Анализ смертности больных туберкулезом в Армении // Пробл.туб. – 2002. - №15. -С.12-14.

## ТҮЙІН

**С.С. Құлғасова**– облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**А.И. Абдурахманов** - облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.Қ.Серікбаев** - Арыс ауданаралық туберкулезге қарсы диспансер бас дәрігері, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [aris\\_tuber@mail.ru](mailto:aris_tuber@mail.ru)

Ш.Б.Гулиев -ауданаралық туберкулезге қарсы диспансер, Арыс ауданы, Ордабасы бөлімшесі, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

## ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДЕН ӨЛІМГЕ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН НЕГІЗГІ ФАКТОРЛАР

Туберкулездің өлім көрсеткішіне клиникалық – эпидемиологиялық сараптама жүргізілді. Өкпе туберкулезінің өлім көрсеткіші 97,9%- ды, ал өкпеден тыс туберкулездің өлім көрсеткіші 2,1% -ды құрайды. Өлгендердің 75,1% -ы – еркек, ал 24,9% -ы , әйел, яғни еркектер 3 есе көп қайтыс болған. Өлім көрсеткішін жасына қарай сараптама жүргізгенде 35-44 жас аралығындағы әйелдер мен еркектер құрайды. Өлгендердің 51,9% -ы өкпенің фиброзды – каверналы, ал 33,3% -ы инфильтратты туберкулезден қайтыс болған. Өлімінің себебтері: 23,8% -ы туберкулездің кеш анықталуы, 22,9% -ы науқастың өз денсаулығына немқұрайлы қарауынан, 20,8% -ы қосалқы ауруынан, 19,0% - әлеуметтік жағдайының нашарлығынан, 8,6% нәтижесіз ем, 5,7%-ы туберкулез процессінің ерекшелігінен. Көптеген дәрілерге тұрақтылық -61 науқаста, яғни 58,1% -да анықталған.

**Кілт сөздер:** өлім- жітім көрсеткіші, танатогенез, DOTS, созылмалы жағдай, сәтсіз ем.

### SUMMARY

**S.S.Kultasova** – regional antituberculosis clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**A.I. Abdurashmanov** - regional antituberculosis clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**M.K.Serikbaev** - Chief Physician interdistrict tuberculosis dispensary Aris regional antituberculous clinic, Republic of Kazakhstan, e-mail: [aris\\_tuber@mail.ru](mailto:aris_tuber@mail.ru)

**Sh.B.Guliev**- regional antituberculosis clinic, c. of Aris. Ordabasy filial. Republic of Kazakhstan, e-mail: [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

### THE MAIN FACTORS CONTRIBUTING MORTALITY IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

Clinico – epidemic analysis of reasons and reasons issue from tuberculosis. Mortality that tuberculosis of the lung, as the cause of death, get up 97,9%, by 2,15 accidents of death sake up localize. Between the died number of men consist 75,1%, woman 24,9% it means that men parts died from tuberculosis 3 times more. Most higher dies by men and woman come the age 35-44. Marked higher density issue because fibrosis cavernous (51,9%) and infiltration (33,3%) tuberculosis of the lung. Basic cause issue of tuberculosis came factors elicit (23,8%), incorrect behavior of sickness (22,9%), concomitant special contrary occasion in the case of sickness concomitant illness (19%), miss for time in treatment (8,6%), especial shear of tuberculosis cases (5,7%). Multidrug resistance was reported in 58.1% of the deceased (61 cases).

Key words: mortality, thanatogenesis, DOTS, a chronic case of an unfavorable outcome.

**Ш.Е. Аимбекова** – заведующая терапевтическим отделением №1 областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**А.Ш. Мухамедьярова** -врач фтизиатр терапевтического отделения №1 областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**А.И. Мұратбаева**- врач фтизиатр терапевтического отделения №1 областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Г.М. Гаджиева** - врач фтизиатр терапевтического отделения №1 областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

### АННОТАЦИЯ

#### ДИНАМИКА И ЧАСТОТА МНОЖЕСТВЕННОГО ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ.

Цель работы: изучить динамику и частоту туберкулеза с множественно - лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ) в Южно-Казахстанской области за 2005-2014гг. Для статистического анализа

были использованы отчетные формы бактериологической диагностики (ТБ -17,ТБ-18, ТБ-06), данные, полученные из электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр больных туберкулезом Южно-Казахстанской области» за 2005-2014гг., изучены истории болезни больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью, получивших лечение в №1 терапевтическом отделении областного противотуберкулезного диспансера. Выводы. Ретроспективный статистический анализ показал, что в Южно-Казахстанской области имеется угроза распространения ТБ МЛУ. Причинами, способствующими развитию МЛУ ТБ являются: отсутствие контроля за приемом лекарств, когда противотуберкулезные лекарства выдаются больным на руки; небрежное отношение больного к лечению, необоснованная отмена того или иного препарата или всего лечения.

**Ключевые слова:** туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), первичная устойчивость, приобретенная устойчивость, заболеваемость, распространенность.

Казахстан относится к 18 странам Европейского региона ВОЗ с высоким бременем распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Южно-Казахстанская область, как одна из густонаселенных регионов страны, не является исключением. Комплекс мероприятий, направленных на снижение бремени ТБ и ТБ МЛУ реализуется в рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г., Постановления Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014г. «Об утверждении Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы», нормативных актов по туберкулезу, направленных на снижение бремени туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Бюджетная программа 028-101 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на закуп противотуберкулезных препаратов», позволяет увеличивать охват адекватным лечением больных МЛУ ТБ.

Материалы и методы. Необходимые данные были получены из статистической отчетности бактериологической лаборатории области за 2005-2014гг., а также из базы данных «Национальный регистр больных туберкулезом Южно-Казахстанской области» за указанный период. Выборочно изучены истории болезни больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью (ЛУ), получивших лечение в терапевтическом отделении №1 областного противотуберкулезного диспансера.

Результаты и их обсуждение. В последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в республике и области имеет тенденцию к снижению показателей заболеваемости и смертности. Заболеваемость туберкулезом среди населения Южно-Казахстанской области снизилась за последние 10 лет: с 2005 по 2014г. на 43,7 % (с 100,3 на 100 тыс.нас. до 56,5), смертность на 67 % : с 11,5 на 100 тыс.нас. до 3,8 (в РК на 54,9% и 76,4% соответственно). Тем не менее, эпидемиологическая обстановка по туберкулезу усугубляется ростом заболеваемости и распространенности среди населения лекарственно - устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза (диаграмма). Динамика заболеваемости и распространенности МЛУ ТБ в интенсивных показателях представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика заболеваемости и распространенности МЛУ ТБ на 100 тыс.нас.

Годы	Заболеваемость туберкулезом		Болезненность туберкулезом	
	Всего	В т.ч. МЛУ ТБ	Всего	В т.ч.МЛУ ТБ
2005	98,4	3,1	283,2	10,6
2006	82,2	3,4	260,8	12,8
2007	76,8	4,9	165,8	17,5
2008	88,9	4,6	155,7	18,9
2009	78,1	6,6	132,1	20,4
2010	74,3	10,2	101,9	22,4
2011	67,6	7,1	85,2	28,8
2012	64,6	5,4	80,1	29,1
2013	60,7	6,3	86,0	35,6
2014	56,5	7,9	80,4	35,3

Как видно из таблицы 1. заболеваемость населения области МЛУ ТБ в 2014г. выросла в 2,5 раза и составила 7,9 против в 3,1 за 2005 г. на 100 тыс.населения. Одной из причин такого роста является внедрение в область новой инновационной лабораторной техники диагностики туберкулеза (ВАСТЕС GENE-XPRT). Болезненность населения лекарственно – устойчивыми формами выросла с 10,6 на 100 тыс.населения в 2005г. до 35,3 в 2014г., почти в 3,5 раза. Т.е 1/3 часть больных, ранее переболевших туберкулезом, имеет устойчивость как минимум к рифампицину. В структуре лекарственной устойчивости

преобладает приобретенная устойчивость, как результат недейственного непосредственного контролируемого лечения на амбулаторном этапе, таблица 2.

Таблица 2 - Лекарственная устойчивость у обследованных больных, %

годы	Всего зарегистрированных больных (абс.ч.)	в т.ч МЛУ ТБ			
		Первичная		Вторичная	
		Абс.ч.	Удельный вес	Абс.ч.	Удельный вес
2010	3117	108	3,5	386	12.3
2011	2788	133	4,8	417	15.0
2012	2665	144	5,4	566	21.2
2013	2323	171	7,4	526	22.6
2014	2133	217	10,2	466	22.0

Данные таблицы 2. указывают на рост первичной и вторичной лекарственной устойчивости среди зарегистрированных больных. Из числа всех зарегистрированных больных 10,2% - имеют первичную устойчивость и 22% больных – вторичную или приобретенную, которая формируется в результате недейственного контроля за приемом противотуберкулезных препаратов и частых нарушений химиотерапии на любом этапе лечения.

Одним из эффективных методов снижения уровня первичной лекарственной резистентности является проведение профилактических и дезинфекционных мероприятий в очаге туберкулеза, а вторичной резистентности - соблюдение контролируемого лечения больными на амбулаторном этапе. Медленный, но неуклонный рост обеих форм лекарственной резистентности свидетельствует о несовершенности и недостаточности проводимых противотуберкулезных мероприятий во всех звеньях общественного здравоохранения и отсутствия межведомственного взаимодействия.

Для прекращения перекрестного заражения среди больных лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий необходимо ежегодно увеличивать охват больных МЛУ ТБ адекватным лечением (стандарт ВОЗ-85%). Реализация Национальной стратегии контроля над туберкулезом и МЛУ ТБ, разработанной по рекомендации ВОЗ, а также приказа МЗСР РК от 22.08.2014г. № 19, позволяет ежегодно увеличивать охват больных МЛУ ТБ адекватным лечением в режиме DOTS- Plus. Так если в 2010 г. охват больных МЛУ ТБ адекватным лечением составлял -91,3% от числа зарегистрированных больных IV категории, то в 2014г. - 99% (при стандарте ВОЗ -85%). Своевременно начатая адекватная терапия больных МЛУ ТБ препаратами второго ряда позволит сократить число перекрестного заражения устойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза среди больных.

Таблица 3 - Охват лечением больных МЛУ ТБ (%)

Годы	Всего больных IV категории (абс.ч.)	Взято на лечение препаратами второго ряда(абс.ч.)	Охват препаратами второго ряда (%)
2010	757	691	91,3
2011	550	337	61,3
2012	710	579	81,5
2013	697	697	100,0
2014	683	676	99,0

Как видно из таблицы 3. Ежегодно в области увеличивается охват больных препаратами второго ряда, который составил в 2014г. почти 100% (при стандарте ВОЗ-85%). Тем не менее, несмотря на высокий охват больных препаратами второго ряда, эффективность лечения не превышает 66,3% при стандарте ВОЗ-75%. Низкие показатели успешного лечения связаны с высоким значением показателей «Умер-14,4%», «Неблагоприятный исход -14,4%», «Нарушение режима» -7,2%, стандартное значение которых не должно превышать 5%. В таблице 4. приведены результаты лечения больных МЛУ ТБ когорты 2011-2012гг., так оценка результатов осуществляется через 24-26 месяцев.

Таблица 4 - Эффективность лечения больных МЛУ ТБ, пролеченных препаратами второго ряда (%)

Годы	Исходы	Успех лечения	Умер	Неблагоприятный исход	Нарушение режима	переведен
Когорта 2011г.		66,8	12,6	9,8	7,7	2,8
Когорта 2012г.		66,3	14,4	10,5	7,2	0,3

По республике показатель успешного лечения почти приближен к стандарту -73,5%.

Таким образом, низкие показатели успешного лечения больных МЛУ ТБ и высокие значения показателей, которые не должны превышать стандартных критерий, в частности показателя «Нарушение режима», представляющего угрозу распространения МЛУ ТБ в обществе и способствующего формированию новых очагов первичной лекарственной устойчивости, свидетельствует о слабом контроле специалистов первичной медико-санитарной помощи за лечением больных на амбулаторном этапе, небрежном отношении больного к своему здоровью, в недостаточном понимании множественного лекарственно-устойчивого туберкулеза как опасной эпидемиологической угрозы человечеству. Такое состояние требует интенсификации противотуберкулезных мер во всех звеньях общественного здравоохранения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исмаилов Ш.Ш., Аденова М.М., Берикова Э.А. и др. //Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в РК. – Алматы, 2009. – 108с.

#### ТҮЙІН

- Ш.Е.Аимбекова** - облыстық туберкулезге қарсы диспансердің №1 терапиялық бөлімінің меңгерушісі, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- А.Ш.Мухамедьярова**- облыстық туберкулезге қарсы диспансердің №1 терапиялық бөлімінің дәрігер фтизиатрі, Шымкент қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- А.И.Мұратбаева**- облыстық туберкулезге қарсы диспансердің №1 терапиялық бөлімінің дәрігер фтизиатрі, Шымкент қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- Г.М.Гаджиева** -облыстық туберкулезге қарсы диспансердің №1 терапиялық бөлімінің дәрігер фтизиатрі, Шымкент қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА КӨПТЕГЕН ДӘРІЛЕРГЕ ТҰРАҚТЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДИНАМИКАСЫ МЕН ЖИІЛІГІ

Бұл мақалада Оңтүстік-Қазақстан облысында 2005-2014 жылдар аралығында көптеген дәрілерге тұрақты туберкулездің жиілігі мен динамикасын көрсету- негізгі мақсаты болып отыр. Баяндамада бактериологиялық диагностикалық құжаттар (ТБ-17, ТБ-18, ТБ-06) және 2005-2014 жылдар аралығында Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша туберкулез науқастардың Ұлттық тізілімі қадағалау электрондық базасынан алынған деректерді пайдаланылған. Оған қосымша- облыстық туберкулезге қарсы диспансердің №1 терапиялық бөлімшесінде ем алған науқастардың ауру тарихтары зерттелінді. Қорытынды. Оңтүстік - Қазақстан облысында көптеген дәрілерге тұрақты туберкулездің таралуы қауіпі төніп отыр. ҚДТ ТБ дамытуға ықпал ететін себептері мыналар болып табылады: амбулаторлық деңгейде туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектердің таратылуы бақылаусыз қалғаны және дәрі-дәрмектерді себепсіз үзіп қою немесе толық тоқтату.

**Кілт сөздер:** көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез ҚДКТ (MDR-TB), алғашқы тұрақтылық, келе жүре пайда болған тұрақтылық, аурушандық, сырқаттық.

#### SUMMARY

**Sh.E.Aimbekova** - head of the therapeutic department №1 regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**A.Sh. Muhamedjarova**- regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**A.I.Muratbaeva** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**G.M.Gadgyeva**-regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### DYNAMICS AND FREQUENCY-STABLE MULTI-DRUG TUBERCULOSIS IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

To study the dynamics and frequency of tuberculosis multi - drug resistant (MDR-TB) in South Kazakhstan region for 2005-2014gg. For statistical analysis was used report forms bacteriological diagnosis (-17 TB, TB-18, TB-06), the data obtained from an electronic database tracking tuberculosis patients' National Register of TB patients in South Kazakhstan region "for 2005-2014gg., Studied medical history of patients with drug-resistant tuberculosis received treatment in the therapeutic department №1 regional TB dispensary. Conclusions. A



retrospective statistical analysis showed that in the South - Kazakhstan region has the threat of MDR-TB. Reasons contributing to the development of MDR-TB are: lack of control over drug intake when anti-TB drugs are given to patients in his arms; negligent attitude of the patient to treatment, unjustified cancellation of a drug or the treatment.

**Keywords:** multidrug-resistant (MDR-TB), primary resistance, acquired resistance, incidence, prevalence.

УДК 616.24.002.51:616-022.6(574.5)

**Т.М.Мейрханов** – Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Шымкент, Республика Казахстан, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

**Ж.И.Сапарова** - Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Шымкент, Республика Казахстан, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

**Э.К.Имангалеева** - Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Шымкент, Республика Казахстан, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

**Б.С.Бактыбаева** - Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Шымкент, Республика Казахстан, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

**М.У.Умирзахова** - Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Шымкент, Республика Казахстан, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

## ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: Провести анализ заболеваемости «ВИЧ/ТБ» по ЮКО среди ЛЖВ для оптимизации лечебной работы. Принималось во внимание сложная диагностика и верификация диагноза: туберкулез у ВИЧ инфицированных. Нередко на фоне диагностированного ТБ выявлялась продвинутая стадия ВИЧ инфекции с тяжелой иммуносупрессией. При анализе причин смертности ВИЧ-инфицированных отмечается высокий удельный вес у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ-туберкулез. В статье описывается краткий ретроспективный эпидемиологический анализ и клинический опыт ведения пациентов с ко-инфекцией. Выводы: Комплексное противотуберкулезное лечение и антиретровирусная терапия у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ приводит к снижению летальности. Химиопрофилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных не исключает заболеваемость туберкулеза.

**Ключевые слова:** туберкулез, ВИЧ – инфекция, ко-инфекция, АРТ, ЛУИН

Туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции широко распространен и усугубляет структуру заболеваемости и смертности. У ВИЧ-инфицированных туберкулез обычно протекает более тяжело, чем в отсутствие ВИЧ инфекции, а его лечение осложняется лекарственными взаимодействиями между противотуберкулезными и антиретровирусными средствами [1]. Вместе с тем, лечение туберкулеза у ВИЧ инфицированных крайне важно для продления их жизни. У взрослых туберкулез может развиваться в результате экзогенной первичной или повторной инфекции, либо реактивации латентной эндогенной инфекции. У ВИЧ инфицированных может развиваться внелегочный туберкулез. Одной из наиболее часто встречающихся форм этого заболевания является диффузная лимфаденопатия. В отличие от других оппортунистических инфекций, связанных с ВИЧ, туберкулез может развиваться на всех уровнях состояния иммунитета, изменяющего число лимфоцитов CD4 [2].

Иммунодефицит – основная причина изменения течения туберкулеза: высокая склонность к генерализации; течение по типу первичного туберкулеза; высокая частота рецидивов; низкая эффективность лечения. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией с глубокой иммуносупрессией. Необычная локализация процесса даже при легочных формах + атипичные рентгенологические признаки: - инфильтративные тени в нижних долях;- если CD4<200 – большая вероятность наличия лимфаденопатии корня легкого/средостенья при более высоком уровне CD4 может наблюдаться образование каверн и инфильтрата. Отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки может быть у 15% ВИЧ инфицированных пациентов при развитии активного туберкулеза, кроме этого в начале тубпроцесса скудные клинические проявления значительно затрудняют верификацию диагноза.

При подозрении легочного туберкулеза проводится [3]: Рентгенография органов грудной клетки, в дальнейшем в плановой диспансеризации флюорографическое обследование проводится один раз в год. при наличии кашля любой продолжительности проводится 3-х кратное бактериоскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза, G-expert, ПЦР ДНК МТ.



Для выявления внелегочного туберкулеза крайне важен тщательный сбор анамнеза. Целенаправленное выявление жалоб и объективных симптомов, подозрительных в отношении внелегочного туберкулеза: головные боли, менингеальные симптомы, симптомы интоксикации, поражение черепно-мозговых нервов, боли в суставах, костях, и в позвоночнике, боли в животе, запоры или нестабильный стул, боли в области почек, изменения в анализах мочи, увеличение периферических лимфатических узлов. С учетом выявленных изменений необходима срочная консультация фтизиатра, невропатолога, окулиста, фтизиоуролога, фтизиогинеколога.

Для диагностики внелегочного туберкулеза проводится комплекс необходимых инструментальных, лабораторных исследований: УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга, позвоночника, суставов, костей, почек, органов брюшной полости, и малого таза, ликворологическое, цитологическое, гистологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследование при исключении активного туберкулеза.

При первичном взятии на Д-учет у ВИЧ инфицированных проводится профилактическое лечение с применением изониазида в комплексе с витамином В6. В практическом наблюдении проведенный профилактический курс не исключает развитие заболевания на любом сроке инфицированности ВИЧ, но снижает риск развития тяжелых форм и летальности. Распространенность туберкулеза среди общей популяции способствует возникновению заболевания у ВИЧ инфицированных пациентов с вирусологической и иммунологической эффективностью антиретровирусной терапии. То есть в данном случае туберкулез по сути можно расценить как сопутствующее и конкурирующее заболевание, не являясь «оппортунистом». Проведенный курс химиопрофилактики туберкулеза у пациентов с ВИЧ-статусом, снижает риски развития тяжелого туберкулеза с летальным исходом [4].

Лечение всех новых случаев легочного и внелегочного туберкулеза у ВИЧ инфицированных, независимо от распространенности процесса и наличия бактериовыделения, проводится в режимах 1-4 категории, согласно действующих нормативно-правовых актов. Прогрессивные внедрения в проводимую комплексную химиотерапию с сочетанным проведением антиретровирусной терапии значительно улучшают качество и продолжительность жизни у ЛЖВ. У ВИЧ инфицированных больных туберкулезом выше риск формирования устойчивости к рифампицину и к другим противотуберкулезным препаратам. У них нередко отмечается неэффективность химиотерапии и рецидивы туберкулеза. При лечении активного туберкулеза у ЛЖВ, получающего ингибиторы протеазы (лопинавир/ритонавир), в сочетании химиотерапии, включающей рифампицин, проводится обязательная коррекция схемы антиретровирусного лечения на время терапии туберкулеза. В схемах АРТ с невирапином или лопинавир/ритонавиром чаще производят их замену на эфавиренц для сохранения активности АРВ препаратов.

Проводился сравнительный анализ заболеваемости коинфекции у ВИЧ инфицированных за 3 года (2012, 2013, 2014гг, и 9 мес. 2015г). В таблице представлены данные Южно-Казахстанской области о коинфекции у ВИЧ инфицированных в сравнении по годам.

Результаты и обсуждения. В ЮКО в сравнении по годам отмечается увеличение количества ВИЧ-инфицированных, с 2012г к 2015г (+41случай). Количество зарегистрированных случаев ВИЧ/ТБ в год, в среднем, составляет 42. В процентном соотношении от общего количества ЛЖВ 11,3% пациентов заболевают ТБ. Незначительное снижение случаев ВИЧ/ТБ отмечается за 9 месяцев 2015г. Пациенты были охвачены комплексным лечением: химиотерапия+АРТ. По таблице, в сравнительных данных, к 2014г отмечается сравнительное уменьшение смертных случаев от ВИЧ/ТБ. В таблице выделен столбец «ЛУИН» (люди, употребляющие инъекционные наркотики), в связи с проблематичностью проведения противотуберкулезного и антиретровирусного лечения у данной группы пациентов. Наркозависимость, обуславливающая психические и поведенческие расстройства у пациентов, осложняет оптимальную терапию при любом заболевании, что особенно важно при ВИЧ/ТБ. Среди ЛУИН соответственно возрастает процент летальности, который в среднем составил 84%.

Таблица - Данные по Южно-Казахстанской области о коинфекции у ВИЧ инфицированных в сравнении по годам

Годы	Количество зарегистрированных ЛЖВ(абс)	Из них количество больных с ВИЧ/ТБ (абс)	Число умерших от ВИЧ/ТБ(абс/отн)	из них ЛУИН (абс/отн)
2012	1491	43	25 (58%)	19 (76%)
2013	1466	48	18(37,5%)	16(89%)
2014	1483	44	11(25%)	10(90%)
2015*	1532	35	10(28.5%)	8(80%)

\* данные за 2015 год, за 9 месяцев

**Выводы:** В клинической практике диагностика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов затруднена, особенно на фоне тяжелой иммуносупрессии. В схеме АРВ терапии, включающей невидирин или лопинавир/ритонавир, предпочтительней рифабутин вместо рифампицина, или замена этих АРВ препаратов на эфавиренз. Химиопрофилактика изониазидом у впервые выявленного пациента с ВИЧ-статусом может предотвратить тяжелые формы ТБ, не исключает заболеваемость туберкулезом. С учетом сложности взаимодействия антиретровирусной терапии с противотуберкулезными препаратами при уровне СД4 более 200 клеток оптимально назначение противовирусного лечения ВИЧ после завершения интенсивной фазы лечения туберкулеза. Основная часть пациентов, умерших от ВИЧ/ТБ, относилась к группе риска – ЛУИН. Отсутствие приверженности к химиотерапии и АРТ способствовало летальному исходу. У иммунокомпетентных пациентов, получающих непрерывную пожизненную эффективную АРТ, не исключается заболевание туберкулеза из-за высокой распространенности среди населения. В ряде случаев у ЛЖВ туберкулез не является «оппортунистом», а расценивается как сопутствующее заболевание, и может быть причиной смерти.

#### ЛИТЕРАТУРА

«Клинические аспекты ВИЧ-инфекции» Джон Батлер, Джоэл Галант. Медицинская школа Университета Джона Хопкинса, 2007г.  
Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе, 2010г.  
«Клинический протокол диагностики и лечения ВИЧ инфекции у взрослых» (Протокол № 9 от 15.09.2015г. Рекомендации экспертного совета МЗ СР РК).  
ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. В.В. Покровский, Т.Н.Ермак. Москва. ГЭОТАР Медицина. 2000.

#### ТҮЙІН

- Т.М.Мейрханов** – Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**Ж.И.Сапарова** - Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**Э.К.Имангалеева** - Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**Б.С.Бактыбаева** - Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**М.У.Умирзахова** - Облыстық СПИД-тің алдын алу және онымен күресу орталығы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

#### ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА АИТВ-ТУБЕРКУЛЕЗ КОИНФЕКЦИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

АИТВ-жұқтырғандардың өлім себептеріне талдау барысында АИТВ-туберкулез ко-инфекциялы пациенттердің жоғары үлесі анықталды. Мақалада қысқаша ретроспективтік эпидемиологиялық талдау және ко-инфекциялы пациенттерді емдеудің клиникалық тәжірибесі баяндалған.

**Кілт сөздер:** туберкулез, АИТВ жұқпасы, ко – жұқпасы, АРТ, ИЕТ.

#### SUMMARY

- T.M.Meirhanov** - Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS, Republik of Kazakhstan, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**J. I.Saparova** - Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS, Republik of Kazakhstan, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**E.K.Imangaleeva** - Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS, Republik of Kazakhstan, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**B.S.Baktybaeva** - Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS, Republik of Kazakhstan, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)  
**M.U.Umirzakova** - Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS, Republik of Kazakhstan, [aidis-shm@mail.ru](mailto:aidis-shm@mail.ru)

#### EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CO-INFECTION HIV/TB IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

Municipal state institution "Regional center for prevention and control of AIDS", Shymkent c. Republik of Kazakhstan. When analyzing the causes of death of HIV-infected has a high proportion of patients with co-infection HIV-TB. This article describes a brief retrospective epidemiological analysis and clinical experience of managing patients with co-infection.

**Key words:** tuberculosis, HIV - infection, co-infection , antiretroviral therapy , injecting drug users.

**Қ.Т.Құлаев** – м.ғ.к., доцент, м.а. Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университеті Шымкент медицина институті, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы, kulaev\_k\_t@mail.ru

**Қ.Е.Оспанов** - м.ғ.к., доцент, м.а. Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университеті Шымкент медицина институті, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы, ospanov@mail.ru

**Г.М. Датқаева** - м.ғ.к., доцент, м.а. Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ – түрік университеті Шымкент медицина институті, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы, dat.g@mail.ru

**А.Х.Оспанова** - м.ғ.к., №7-ші Шымкент қалалық емханасының Бас дәрігері

**Алтаева У.М.** –Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансері

### №7 - ШІ ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАҒА ҚАРАСТЫ АЙМАҚТАРДАҒЫ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІ БОЙЫНША САЛЫСТЫРМАЛЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ

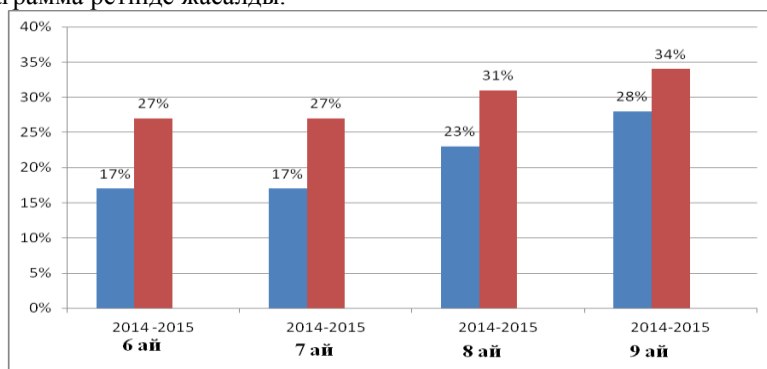
#### ТҮЙІН

Туберкулез инфекциясы дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұйғарымы бойынша 21 ғасырдың үлкен дерттеріне айналып отыр. Инфекцияның әсіресе дамушы мемлекеттерде кең етек жайғаны белгілі. Соның ішінде Қазақстан Республикасында ОҚО-да туберкулездің эпиджағдай өте күрделі. Шымкент қаласының кейбір аудандарында туберкулез инфекциясының өсуі көрсеткіштері салыстырмалы түрде жоғары.

**Кілт сөзер:** диагностика, рентгенология, туберкулез, емдеу, емхана.

Туберкулез инфекциясы Шымкент қаласына қарасты кейбір аудандарда күрделі медициналық мәселелердің бірі болып тұр. №7ші қалалық емханаға қарасты аймақтарда туберкулез инфекциясының көрсеткіштері соңғы жылдары жоғарлауы байқалады. Төмендегі көрсеткіштерде сипатталған.

Зерттеу әдістері мен материалдар: 7-ші ШҚЕ сәулелі диагностика және зертханалық диагностика бөлімінде жүргізілді. Негізгі медициналық қондырғылар рентгенографиялық, рентгеноскопиялық, флюорографиялық зерттеулер жапондық «Шимадзу» және «Проскан 2000» аппаратында жүргізілді. Аймақтық дәрігерлерден алынған 2014-2015 жылғы өкпе туберкулез бойынша жинқталған эпиджағдай арнайы компьютерлік бағдарлама бойынша өңделіп диаграммалар жасалды. №7-ші Шымкент қалалық емханасының қарасты аймақтағы халықтың жалпы саны 54059 адам. Халықтың арасында министрліктің бұйрығы бойынша сринингті бағдарлама, жас ерекшеліктеріне байланысты жүргізіліп, статистикалық көрсеткіштер табица мен диаграмма ретінде жасалды.



1 Диаграмма - 2014 -2015 жылғы туберкулезге шалдыққан ауруларды салыстырмалы көрсеткіштер диаграммасы

Кесте - 2014 -2015 жылғы туберкулезге шалдыққан ауруларды айлық аралық салыстырмалы көрсеткіштер

Туберкулез бойынша көрсеткіштер	6 ай-лық 2015ж	өсуі және төмедеуі	7 ай-лық 2015ж	өсуі және төмедеуі	8 ай-лық 2015ж	өсуі және төмедеуі	9 айлық 2015ж	өсуі және төмедеуі
Халық саны	54 059	-22						
Балалар саны	22851	+421						
Жас өспірімдер саны	2158	-44						
Аймақтық дәрігерлер учаскесі	23							
Флюорография бөлмесі	1							
Туберкулез ауру бойынша	27	+10	27	+10	31	+8	34	+6
Тыныс алу ағзаларының туберкулезі	23	+7	24	+8	24	+6	26	+8
Соның ішінде өкпедегі қуыстын ыдырауы	10	+7	10	+7	11	+6	11	+7
Соның ішінде жабылғаны	½	+1	2/1	+1	1/1	0	½	+1
Соның ішінде бактерия бөлетін	8	+4	8	+4	9	+3	10	+4
Өлім көрсеткіші	-2	+1	2	+1	2	+1	2	+1
Актив топтағылар	58	+30	58	+30	60	+27	61	+13
Рецидив	5	+1	5		6	0	6	
Жалпы ТБМЛУ-ді тіркілгені	30	+15	30	+15	33	+17	34	+15
Жалпы ТБШЛУ-ді тіркілгені	5	+1	1		1	0	3	+2
ІГ тобы	2	+1	2	+1	2	+1	2	+1
Балалар арасындағы аурулары	0	-4	0	-4	0	-4	0	-4

Зерттеулердің қорытындылары: 2014 -2015 жылдар аралығындағы өкпе туберкулезі бойынша жиналған мәліметтер арнайы компьютерлік бағдарлама бойынша өңделіп айлық және жылдық көрсеткіштері бойынша таблицалар мен диаграммалар құрастырылды. Таблицалар, диаграммалар төменде көрсетілген. 2015ж. 6-айда қайталап ауырған науқастар саны - 5. 2015ж. 6-айда 4- санатқа (ҚДКТ) 6-науқас тіркелді. 2015 жылғы 7 айында алғаш рет туберкулез анықталған науқастар саны-10. Соның ішінде ин-филтративті туберкулезбен аурғандар саны - 9. 2015ж.7 айда МЛУ ТБ алынған науқастар саны-6. 2015жылғы 8 айда 2 топтан шығарылғандар саны-4. 2015жылғы 8 айында алғаш рет туберкулез анықталған науқастар саны-4. 2015ж. 8 айда МЛУ ТБ алынған науқастар саны - 4. 2015жылғы 8айда қайталап ауырған-дар саны-1. 2015жылғы 9 айда 2 топтан шығарылғандар саны - 3. Соның ішінде инфильтративті туберкулез-бен аурғандар саны -3.2015жылғы 9айда 2 топтан шығарылғандар саны - 4. 2015жылғы 9 айында алғаш рет туберкулез анықталған науқастар саны - 3.

Қорытынды: 2014-2015жыл аралығында №7-ші қалалық емханаға қарасты аймақтарда өкпе туберкулезінің өсу деңгейі байқалады. Туберкулез инфекциясының өсу деңгейінің негізгі себептері: №7-ші қалалық емхананың диагностикалық-зертханалық бөлімінің туберкулез инфекциясын табуда жоғарғы кәсіби деңгейге жұмыс жасалуы. Шымкент қаласының шекарасының ұлғайуына байланысты №7-ші қалалық емхана қамтитын қосымша елді-мекендердің қосылуы.

#### АННОТАЦИЯ

Қ.Т.Құлаев – к.м.н., и.о. доцент, Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Республика Казахстан, kulaev\_k\_t@mail.ru

**Қ.Е.Оспанов** - к.м.н., и.о. доцент Международный Казахско –Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Республика Казахстан, ospanov@mail.ru  
**Г.М.Датқаева** - к.м.н., и.о. доцент Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, Шымкентский медицинский институт, г.Шымкент, Республика Казахстан, dat.g@mail.ru  
**А.Х.Оспанова** - к.м.н., №7-городская поликлиника, главный врач, г. Шымкент  
**Алтаева У.М.**- Городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

#### СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЛЕГКИХ ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ГП №7

Туберкулезная инфекция по данным ВОЗ является одной из грозной болезни XXI века. Туберкулезная инфекция особенно бурно проявляется в развивающихся государствах. Среди них и Республика Казахстан. В ЮКО эпид. обстановка очень сложная. В некоторых районах г. Шымкента наблюдается рост сравнительного показателя по туберкулезу.

**Ключевые слова:** диагностика, рентгенология, лечение, туберкулез, поликлиника.

#### SUMMARY

**Қ.Т.Құлаев** – k.m.n., Ph.D., Acting Associate Professor of International Kazakh -Turkish University H.A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Shymkent, Kazakhstan, kulaev\_k\_t@mail.ru  
**Қ.Е.Оспанов** – k.m.n., Ph.D., Acting Associate Professor of International Kazakh -Turkish University H.A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Shymkent, Kazakhstan, ospanov@mail.ru  
**Г.М.Датқаева** – k.m.n., Ph.D., Acting Associate Professor of International Kazakh -Turkish University H.A. Yasavi, Shymkent Medical Institute, Shymkent, Kazakhstan, dat.g@mail.ru  
**А.Н.Оспанова** – k.m.n., №7-city clinic, chief doctor.  
**Altaeva U.M.**- Shymkent city TB hospital.

#### COMPARATIVE INDEXES ON TUBERCULOSIS OF EASY PERSONS OF PROZHIVAYUSCHIKHSYA ON TERRITORY OF BELONGINGS POLYCLINIC № 7

Tubercular infection from data CARTFUL is one of threatenings illnesses of a 21 age. A tubercular infection especially stormily shows up in the developing states. Among them and Republic Kazakhstan. In Souht Kazakhstan Area epid.situation very difficult. In some districts Shymkent there is growth of comparative index on a white plague.

**Key words:** diagnostics, radio-therapy, treatment, tuberculosis, policlinic

УДК 616.24-002.5-084-057.874(574.5)

**Маханова Ж.Ш.** - Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансері жанындағы орта мектеп меңгерушісі

**Қасаева Л.Т.** - м.ғ.к., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы терапиялық пәндері кафедрасының доцент м.а.

**Бердалиев П.К.** - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері

#### ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ДИСПАНСЕР ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА БІЛІМ БЕРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

#### АННОТАЦИЯ

Осы мақала Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансер орта мектебі жағдайындағы балаларға білім берудің мазмұны, оқушылар қозғалысы, үлгерім көрсеткіштері, жұмыс ерекшеліктері мен ұсыныстарға арналған.

**Кілт сөздер:** туберкулез, балалар, мектеп, білім.

Туберкулезге қарсы диспансер жанындағы орта мектеп 2007 ж. 27.07. № 319- III Қазақстан Республикасының «Білім туралы» заңының 8 бап 5 тармағына сай қызмет атқарады. Мектеп 1961 жылы облыстық туберкулезге қарсы диспансер жанындағы орта мектеп болып, ұзақ мерзімде диспансерлік

ауруханаларда емделетін мектеп жасындағы балаларды міндетті түрде орта біліммен қамтамасыз ету мақсатымен мектеп ұжымы жоқ мекемелерде білім беру үшін ашылған. 1979 жылы облыстық туберкулезге қарсы диспансер аумағында мектепке жаңа ғимарат салынып, мектеп жұмысына жаңа серпін берді. 2011 жылы мектеп Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансерінің балалар бөліміне көшірілді.

**Негізгі бөлім.** Диспансер жанындағы мектептің жұмыс мақсаты білім беру саласындағы қызмет. Аталған қызмет тізбесі бастауыш білім беру, негізгі орта білім беру және жалпы орта білім беруден құрылған. Мектеп мәртебесі шағын жинақталған мектеп деп анықталады (ШЖМ), яғни ол оқушылар саны аз және оқу сабақтарының ұйымдастыру түрлері ерекше болып келетін жалпы білім беретін мектеп.

ШЖМ-нің негізгі компоненті – сынып - комплект, ол екі сыныптан құралады. Бастауыш мектеп жағдайында оқушыларды сынып - комплектілерге біріктіруде 2+4. Бірінші сыныптың оқушылары сынып – комплектінің құрамына қосылмайды, өйткені бұл кезеңде баланың мектепте жүйелі оқу мүмкіндігін қамтамасыз ететін дене және психофизиологиялық дамуы жүзеге асады. Диспансер мектебінде бір мұғалім бірнеше пәнді оқытып, мектеп басшысы әкімшілік міндеттемелерді оқытумен ұштастырады.

Мектеп оқушылары Шымкент қаласы мен облыс мектептерінің туберкулез диагнозы қойылған мектепалды дайындық сыныбы және 1 - 11 сынып оқушылары. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша туберкулезге шалдыққан және осы мектепте білім алатын оқушылардың саны 2012- 2014 жылдар аралығындағы азаю тенденциясы байқалады. Мысалы, салыстырмалы түрде алғанда 2012 жылы - 114, 2013 жылы - 105, 2014 жылы - 91 бала. Оқушы санының сыныптар бойынша бөлінуі 1 диаграммада көрсетілген.

Диаграмма 1-де көрсетілгендей, 8, 9, 10, 11 сынып оқушыларының тұрақты түрде көп түсетіні байқалады.

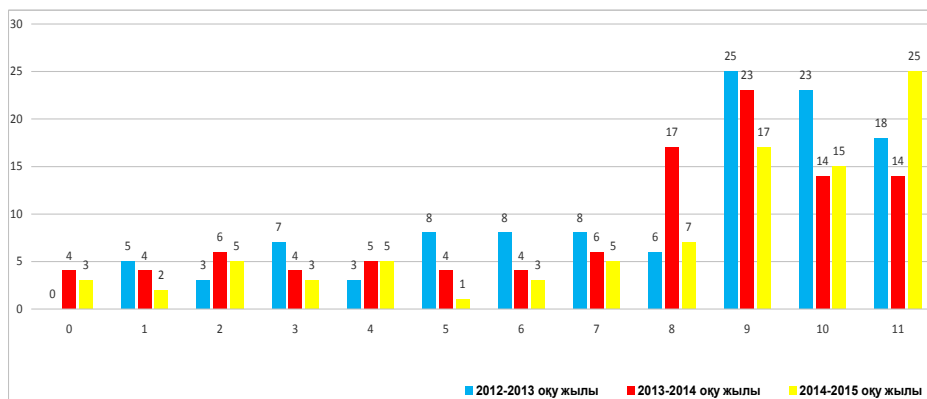


Диаграмма 1 -2012-2014 оқу жылы аралығындағы оқушы саны

Оқушы мектепке негізгі мектебінен келген құжатқа сай тіркеледі. Оқу жылы- 34 аптаны құрайды. Сабақ арнайы бекітілген бағдарлама бойынша беріледі. Оқытылатын пәндер: филология, математика, жаратылыстану, қоғамтану салаларын қамтиды. Сабақ ұзақтығы- 35 минут. Оқушылар қойылған диагнозға байланысты сыныптық, палаталық оқытуға бөлінеді. Сыныптық оқытуда балалар аптасына 12- 19,5 сағатқа дейін оқиды. Күніне 4 пәннен аспайтын жылжымалы ауыртпалық коэффициентін ескере отырып құрылған сабақ кестесі бойынша оқытылады. Палаталық оқытуда сағат саны аптасына 6,5 сағат оқытылады, яғни екі есе кем сабақ өткізіледі. Бұл шектеу науқастың диагнозының ауырлығы мен дәрі қабылдаудың күрделілігіне байланысты. Оқушының мазасы болмай, қызуы көтеріліп, өзін жайсыз сезінген жағдайда дәрігердің бақылауында қалып сабақтан босатылады. Диспансерге бастапқы түскен кезде баланың жаңа ортаға бейімделуі бір апта көлемінде уақыт алады. Сонымен қатар, оқытудың бастапқы кезеңінде оқушының басым көпшілігінің оқуға деген ынта- ықыласы жоғары болып, емді жалғастыра келе белсенділігі төмендей бастайтыны байқалады. Бұл жағдай, дәрінің әсерінен туындауы мүмкін. Себебі, баланың зейіні, мәліметті қабылдау мүмкіндігі мен есте сақтау қабілеті, уақыт өте келе нашарлай береді. Алайда, емделу соңына дейін, барлық параметрлері қалыпты деңгейдегі оқушылар да кездесетіні ескеретін жайт.

Қазіргі таңда мектеп балалар бөлімінің 6 палатасында орналастырылған. Әрине, жалпы көрініс типтегі мектеп жағдайынан алыс, дегенмен, мектеп парта, орындық, тақта сынды мектеп жиһазымен жабдықталған. Осы тұрғыда, тілге тиек ететін нәрсе, қазіргі заман талабына сай, интерактивтік тақта, компьютерлік сынып, мультимедиялық кабинет сынды дүниелер, онсызда көп нәрседен шектелген балалар игіліне берілсе орынды болары, сөзсіз.

Мектепте оқыту үдерісінен тыс, педагогтар баланың психологиялық, моралдық жағдайын ескеріп түрлі тәрбиелік, мәдени шараларды жүйелі өткізеді. Тағы бір назарға алатын мәселе, диспансерде емделіп оқитын жоғарғы сынып оқушыларының көпшілігі, негізгі мектептегі сыныптастар мен құрбыларынан

алыстауы, тығыз қарым- қатынас жасай алмауы және өз статусын мүмкіндігінше жасыруы орын алады. Себебі, қоғам қалай қабылдайтындығы жайлы ой оларды қатты толғандырады.

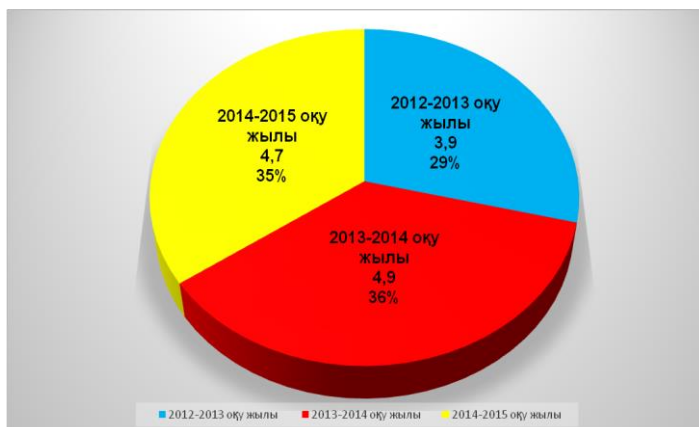


Диаграмма 2 - 2012-2015 оқу жылдарындағы оқушылардың білім сапасының көрсеткіштері.

Диаграмма 2де мектептің оқу тиімділігі жоғары екені байқалып тұр. Бұл көрсеткіш, бала санының аз болуында, әрі мұғалім әр балаға ықылас қойып оқытуында деп түсінуге болады. Оқушылар орта білім бағдарламасынан қалмай, сыныптан сыныпқа көшіріледі. Токсан сайын анықтамаларын, табельдегі тиісті бағаларын алып негізі мектептеріне немесе санаторийлерге кетеді. Ол құжаттар қала, ауыл мектептерінде тіркеліп, жалпы оқитын бала санына ілінеді. Айта кететін жайт, санаторийлерге қарасты мектептер де үздіксіз білім беру қызметін атқаруда.

9, 11 сынып оқушылары денсаулығына байланысты, дәрігерлік бақылау комиссиясының шешімімен мемлекеттік емтихандардан, ұлттық бірыңғай тестілеуден оқу жылының соңында босатылады. 9, 11 сынып оқушылары 1 жылдан кейін ғана кешендік тестілеу арқылы оқу орнына тапсыра алады. Бұл жағдай баланың өз қатарынан кеш қалатындығының айғағы. Осының барлығы, науқас балалар үшін социумнан шектелу болып есептеледі. Осыған қарамастан, олар орта және жоғарғы оқу орындарына түсіп, түрлі мамандық иелері атануда.

Қорыта келе, диспансер мектебі баланың өз ортасы мен өзге ортаны біріктіріп, білім мен тәрбиені жалғастырумен қатар өздігінше өмірлік ұстанымын қалыптастырушы, бағыт беруші болып табылады. Ендігі кезекте педагогтардың жұмыс ерекшеліктеріне бірер тоқтап кетер болсақ. Өзге мектептегі әріптестеріндей зиялы киім киіп сабақ бере алмауымен қоса, диспансер мектебінің мұғалімдері медициналық формада, маска мен қалпақ киіп сабақ беруінде. Оқыту барысында түрлі ерекшеліктер байқалуда. Мысалы: қазақ, орыс, ағылшын тілі пәндерінен фонетиканы оқыту барысында маскамен дыбысталуды түсіндірудегі қиындықты атап кетуге болады. Тек бұл жағдайда ғана емес, жалпы айтқанда, маска-бала мен мұғалім арасындағы барьер. Өзге мектеп мұғалімдері сабақ жоспарын үйде жазып дайындалса, диспансер мұғалімдері дайындықты мектепте жасайды, себебі олардың әр- қайсысының балалары олардың қалталы телефондарын, сөмке, қалам, қағаздарын ұстап ойнамасына, аузына салмасына кім кепіл. Оның үстіне, ауру жұқтырып алмаймын ба деген түйсіктік ой кез келген мұғалімді үнемі мазалайтыны анық.

Осы орайда, Қазақстанның облыс деңгейіндегі қалаларда туберкулезге қарсы диспансер жанындағы мектеп мұғалімдерінің психо-эмоционалдық ауырпалық төлемдерімен зияндылық пайызы көтерілсе деген ой туындайды. Ұстаз мамандығы - жүрекпен таңдайтын мамандық, ал осындай мектепте мұғалім болу-ерлікке пара пар десек те артық емес. Сол себептен, әр еңбек бағалауға лайықты. Сонымен қоса, палаталық оқытудағы бактерия бөлетін оқушыларға арнайы, сыныбына сай бокстар орнатылып, мұғалім мен оқушының арасы шынша немесе тереземен бөлініп, лингафон кабинеті тәрізді жабдықталса, өйткені, тікелей контакт мұғалімнің денсаулығына қауіп төндіретін жағдай тудырады анық.

**Тұжырым.** Туберкулезге қарсы диспансер жанындағы мектеп жұмысы дәрігерлік көрсеткіштерге қатысты. Оқу үдерісінің тиімді болуы баланың денсаулығы мен көңіл- күйіне тікелей байланысты. Оқушы-науқас бала екені міндетті түрде ескерілетін жайт. Баланың комфорт зонасынан жаңа ортаға адаптацияла-нуына мейлінше ықпал ету. Мұғалім еңбегі жоғары бағалануға лайықты. Жұмыс жағдайын жақсарту жолы.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. «Законодательство об образовании в Республике Казахстан», Алматы, Издательство «Юрист», 2008 ж.
2. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 ж. 23.03. №180 қаулысымен бекітілген мемлекеттік жалпыға білім беру стандарты негізінде ҚР Ғылым және Білім министрлігінің 2013ж. 03.04. № 115 бұйрығымен бекітілген оқу бағдарламасы.



## АННОТАЦИЯ

**Маханова Ж.Ш.** – заведующая средней школой при городском противотуберкулезном диспансере г. Шымкента  
**Касаева Л.Т.** – к.м.н., и.о. доц., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

**Бердалиев П.К.** – главный врач, Шымкентский городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент

### ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Данная статья посвящена особенностям обучения детей в условиях противотуберкулезного диспансера, содержании обучения, движении учащихся, их успеваемости.

**Ключевые слова:** туберкулез, дети, школа, обучение.

## ABSTRACT

**Z.S. Makhanova** - The head of the tuberculosis clinic at the city high school

**Kasayev L.T.** - MD, Associate Professor of the Department of South Kazakhstan State Academy of pharmaceutical therapeutic disciplines  
**PK Berdaliyev** - The chief doctor of the city TB Dispensary

### TB DISPENSARY CHILDREN IN EDUCATION FEATURES

This article city TB clinic for children at secondary school education curriculum, the student movement, progress, and proposals for the work.

**Key words:** tuberculosis, children, school, education.

УДК 616-002.5: 618.7

**Аралбаева К.Т.** – фтизиатр 1 отделения, Городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

**Абдешбеков Б.П.** - зав. 1отделением, Городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

### ТУБЕРКУЛЕЗ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

## АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрены вопросы взаимоотношения туберкулеза в послеродовом периоде, отражены причины и факторы риска развития и обострения туберкулеза в послеродовом периоде. Освещены клинические проявления туберкулеза у родильниц, подходы к диагностике и лечению туберкулеза.

**Ключевые слова:** туберкулез, беременность, послеродовый период, выявление, диагностика.

Вопрос взаимосвязи туберкулеза в послеродовом периоде всегда привлекал к себе внимание врачей-фтизиатров и акушер-гинекологов. Несмотря на стабилизацию эпидемиологической ситуации по туберкулезу как в Республике Казахстан так и в Южно-Казахстанской области за последние 10 лет, туберкулез в послеродовом периоде остается проблемой, так как сложный комплекс гормональных, иммунологических сдвигов, выраженные изменения белкового, электролитного обмена, проницаемости сосудистой стенки и другие многочисленные процессы, происходящие в организме родильниц определяют трудности диагностики туберкулезного процесса, особенности клинического течения заболевания, характер осложнений.

Общеизвестно, что здоровье женщин определяет здоровье нации, а больные туберкулезом женщины являются более серьезным источником распространения инфекции из-за более тесного контакта с детьми. В этой связи изучение своевременной диагностики и лечение туберкулеза у рожениц, является чрезвычайно актуальным, поскольку последствия такого тяжелого заболевания отрицательно влияет не только на здоровье самой женщины, но и на здоровье будущего ребенка. До середины 40-х годов XX столетия, то есть до времени открытия первых противотуберкулезных препаратов, существовал крайне пессимистический взгляд на проблему материнства больных туберкулезом, что девушка, больная туберкулезом не должна выходить замуж, замужняя не должна беременеть или беременная не должна рожать, а родившая не должна кормить грудью. Несмотря на то, что ситуация более оптимистична, проблема взаимосвязи туберкулеза и беременности остается одной из актуальных как во фтизиатрии, так и в гинекологии.

Цель исследования: изучить особенности течения туберкулеза в послеродовом периоде по городу Шымкенту за 2013-2014 годы.

Материалы и обсуждения. Для достижения поставленной цели нами ретроспективно проанализированы из истории болезни с туберкулезом легких в послеродовом периоде, находившиеся на лечении в Шымкентском городском противотуберкулезном диспансере за период 2013-2014года. За изучаемый период было выявлено всего 14 женщин, с туберкулезом в послеродовом периоде, а именно в 2014 году 8 женщин и в 2013году 6 женщин, которым всем были выставлены предварительный диагноз и переведены из роддомов в Шымкентский противотуберкулезный диспансер. Возраст женщин в преимущественно большинстве случаев от 22 до 28 лет (93%). Всем женщинам проведены диагностические мероприятия как оценка жалоб, а именно общая слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, частая смена настроения, потливость, потеря аппетита, отсутствие нарастание и даже снижение массы тела, головные боли, длительное повышение температуры до субфебрильных цифр, чаще в вечернее время; грудные проявления, это кашель с мокротой или без нее, кровохарканье, боль грудной клетке, одышка.

Вместе с этим, учет изменении в клиническом анализе крови (увеличение количества лейкоцитов, увеличение количества молодых форм и нейтрофилов), во второй половине беременности часто наблюдается гипохромная анемия. В обязательном порядке исследование мокроты больной на МБТ методом микроскопии и бактериологического посева, трехкратно в трех последовательных дней, а также на G-Xpert. Среди исследуемых пациентов только в 1 случая получен положительный анализ мокроты МБТ+ и положительный G-Xpert МБТ +, устойчивый к рифапицину и была переведена в облтубдиспансер для получения лечение по IV категории. G-Xpert МБТ +, но чувствительный к рифапицину в 5 случаях и у 9 случаях G-Xpert был отрицательный, но у всех были рентгенологические изменения в легких. Решением ЦВКК все они получали лечение по I категории согласно приказу РК № 19. Все получали лечение по интенсивной фазе более 90 доз изониазида, рифампицина, этамбутола, пиразинамида.

По клиническим формам туберкулеза во всех случаях (100%) был выявлен инфильтративный туберкулез легких, который занимает первое место среди по частоте среди вновь выявленного туберкулеза легких в целом. Необходимо, отметить что инфильтративный туберкулез характеризуется экссудативным типом воспаления с тенденцией к распаду легочной ткани и бактериовыделением.

Социально-бытовые условия в 2 случаях (14,2%) оказалось не удовлетворительными, так как семья жила на съемной квартире без удобств. В большинстве случаев со слов родильниц отрицали контакт с больным туберкулезом (92,8%) и только в 1 случая (7,2%) установлен контакт с больным мужем, который получал лечение по поводу туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. В 100 случаях женщины не проходили профилактические флюорографические исследования за последние 2-3 года, что может быть затруднено за счет того, что женщины не имели постоянное место жительства. Но подобная ситуация не допустима, тем более среди женщин фертильного возраста, и необходимо усилить ответственности за свое здоровье прежде всего самих женщин или граждан РК.

Таким образом, можно сделать следующие **выводы**, что в 92,8% случаях туберкулез у родильниц выявлены своевременно, так как у всех был диагноз инфильтративный туберкулез легких, МБТ -, I категория, новый случай и только в 7,2% случаях выявлен мультирезистентный туберкулез, что крайне не допустимо. Необходимо усилить фтизионастороженность среди беременных на уровне ПМСП, что возможно только в результате полной приемственности между ведомствами. Также необходимо планировать беременность, во время проводить контрацепцию. Улучшить социально-бытовые условия и материальные условия женщин фертильного возраста. Только тесное сотрудничество противотуберкулезного диспансера и женской консультации имеет очень важное значение в деле профилактики обострений и ранней диагностики свежих форм туберкулеза легких у родильниц, а своевременное выявление и лечение туберкулеза во время беременности и после родов позволяет добиться выздоровления женщины и рождение здорового ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

- Гурьев Д.Л., Охупкин М.Б., Хитров М.В. Ведение и родоразрешение беременных с заболеваниями легких, методические рекомендации, ЯГМА, 2007-14с.  
Zenner D., Kruijshaar M.E., Andrews N., Abubakar I. (2011) Risk of Tuberculosis in Pregnancy: A National, Primary Care Based Cohort and Self-Controlled Case Series Study. Am. J. Respir. Crit. Care Med., Dec. 8 [Epub ahead of print].  
Касаева Л.Т. Туберкулез и беременность /Вестник ЮКГФА, - 2013. С 27-29

## ТҮЙІН

Аралбаева К.Т. - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансерінің 1 бөлімшесі дәрігер фтизиатрі  
Абдешбеков Б.П.- Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансерінің 1 бөлімшесінің меңгерушісі.

## БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ТУБЕРКУЛЕЗ

Бұл мақалада туберкулезбен босанғаннан кейінгі кезең арасындағы қатынастар қаралған, сонымен қатар босанғаннан кейінгі кезеңдегі туберкулез дамуының себептері, аурудың даму қауыпы мен өршуі көрсетілген. Босанған әйелдегі туберкулездің клиникалық сипаттамасы, оны анықтау мен емдеу жолдары айқындалған.

**Кілт сөздер:** туберкулез, жүктілік, послеродовый мерзім, айқындалу, диагностика.

### SUMMARY

**Aralbaeva K.T.** - 1 TB specialist department of the city of Shymkent TB Dispensary

**Abdeshbekov B.P.** - head. Iotdeleniem City TB Dispensary in Shymkent

### TUBERCULOSIS IN THE POSTPARTUM PERIOD

In this article the questions of interrelation of tuberculosis are considered in a down-lying, reasons and factors of risk of development and intensifying of tuberculosis are reflected in a down-lying. The clinical displays of tuberculosis are lighted up for rodil'nic, going near diagnostics and treatment of tuberculosis.

**Key words:** tuberculosis, the pregnancy, послеродовый period, the detection, diagnostic.

**Р.З. Ашимов** – специалист группы МиО областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент.

Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.Е. Моминова** – врач рентгенолог городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Ж.Р. Сейдалиева** - врач фтизиатр городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### ОРГАНИЗАЦИЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ СЕТИ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

#### АННОТАЦИЯ

Цель работы: предложить медицинскому персоналу коррекцию методики проведения флюорографического скрининга и его мониторинга, что позволит сэкономить время при сверке данных по флюорографии между терапевтическим участком и флюорокартотекой. Выводы: В современных условиях, когда флюорографический осмотр (ФГО) в общей лечебной сети проводится на основе цифровых флюорографов и рентген-установок, а для его регистрации применяются электронные формы ведения медицинской документации, назрела крайняя необходимость коррекции методики проведения флюорографического скрининга и его мониторинга. Применение предложенных форм документов по формированию группы риска для ФГО позволяет получать и хранить информацию в электронном виде, обрабатывать её лицам, ответственным за качество проведения медицинских услуг, при подготовки мониторингового визита, что сокращается время его проведения непосредственно на выбранном объекте. Электронная форма регистрации консультативно-диагностических услуг (КДУ) в части ФГО, наряду с предложенным нами алгоритмом работы в значительной мере экономит время медицинского персонала при сверке данных о проведении ФГО между терапевтическим участком и флюорокартотекой

**Ключевые слова:** флюорографический осмотр (ФГО), перепись населения, группа риска, флюорокартотека, цифровой флюорограф, мониторинг.

Одной из приоритетных направлений Комплексного плана (далее КП) по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы», утвержденного Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 мая 2014г. №597 является интенсификация флюорографического метода и расширение

контингента лиц, подлежащих обследованию. Первоочередная значимость была отведена лицам из групп «повышенного риска» заболевания, как контингенту наиболее подверженному заболеванию туберкулезом. На основании данных нормативных документов был осуществлен плановый мониторинг всех поликлинических структур первичной медико-санитарной сети, даны рекомендации по улучшению организации флюорографических обследований и работы флюорокартотек.

Результаты и обсуждения. В сети ПМСП области при содействии группы Мониторинга и оценки областного противотуберкулезного диспансера (далее ОПТД), введены некоторые принципы и формы «рабочей» документации, позволяющие сделать процесс формирования «группы риска» у участковых врачей и врачей общей практики (далее ВОП) прозрачным и изначально распланированным. Существенно облегчается контроль за исполнением ФГО на каждом из терапевтических участков со стороны служб, ответственных за качество проведения медицинских услуг.

Таблица 1 - «Страница 1 у терапевта в папке по формированию группы риска для ФГ»

Нозологии или социальные группы	Страница	Кол-во пациентов	План по месяцам, кварталам (в пределах плана ДЗПП)																
			1	2	3	1кв	4	5	6	2 кв	7	8	9	3кв	10	11	12	4кв	
I Группа риска(ЖФВ)																			
II Обязательный контингент																			
III Прочие																			
Всего																			

В первую очередь терапевтам предложено при формировании у себя на участке пакета документов по «группе риска» использовать файловую папку и набирать текст всех исходных документов на компьютере. Первая страница в пакете документов по формированию группы риска для ФГО содержит в себе информацию: 1) расшифрованный с точки зрения КПП РК список нозологий и/или социальных групп, указанных в Приказе № 19 МЗ и СР РК от 22.08.2014 г. 2) порядковый номер файла, в который будет вкладываться распечатанный список каждой отдельной нозологии или социальной группы; 3) количество запланированных на год пациентов (с учётом ЖФВ) по каждой из нозологических или социальных групп, 4) распределение, в соответствии с месяцем рождения, указанного ранее плана по месяцам и далее кварталам (табл.№1). Указанная форма позволяет определить соответствие контингента, подобранного персонально каждым участковым терапевтом или ВОП, требованиям КП и Приказа № 19 и иметь возможность подсчитать какое количество пациентов на определённом временном отрезке должно было пройти ФГО.

Следующим отличающим моментом служит оглавление граф и формирование по месяцам списка лиц, входящих в каждую отдельную нозологическую или социальные группы (табл. №2).

Таблица 2 - «Группа риска по.....»

№ №	Ф.И.О.	ИИН (из 2-х частей)	Контактный тел. Место жительства, работы	Номер, дата ФГ осмотра, ЛПУ				Примечания, Виза профильного специалиста
				2013	2014	2015	2016	
	Январь							
	Февраль							
	Март							
	Апрель							
	Май							
	Июнь							
	Июль							
	Август							
	Сентябрь							
	Октябрь							
	Ноябрь							
	Декабрь							

Профильный специалист. Врач – эндокринолог:

Иванов И.И.

(Печать врача, число):

После порядкового номера и ФИО пациента, третья графа предусматривает данные ИИН. Далее следуют контактный телефон, место жительства и работы (возможные каналы связи с пациентом). В графах каждого года обследования прописью вносятся номер, дата, обозначение ЛПУ проведения ФГО. В последнюю графу вносятся различные примечания. Каждая страница из списка визируется внизу профильным специалистом.

В список пациенты вносятся в соответствии с месяцем рождения. В разрыве между месяцами желательно оставлять несколько строк, не заполненных на случай, если в течение года на участок прибудет новый пациент с датой рождения из выше стоящего месяца. Таким образом, ранее существовавший список, преобразуется в помесечный график ФГО. При суммации данных за каждый месяц формируется помесечный план ФГО по всем нозологическим или социальным группам.

Так называемый «Запрос к ответственному по туберкулёзу» (табл. № 3) предназначен для оптимизации и сокращения времени мониторинга работы флюорографической картотеки.

Таблица 3 - Запрос к специалисту, ответственному по туберкулёзу для работы во флюорографической картотеке.

Нозологии или социальные группы	Количество участков в поликлинике / количество пациентов																		
	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	Уч. № план	
Как минимум 12 пунктов по КП																			

Уже в самом начале мониторингового визита участковым терапевтам или ВОП каждого участка предлагается отметить сколько у них числятся пациентов по каждой нозологической или социальной группе, как минимум из 12 пунктов по КП. Полученные данные позволяют узнать, сколько карт Ф-052-У должно быть в наличии в флюорографической картотеке по каждой нозологической или социальной группе. По таблице № 1 можно подсчитать, сколько из них на данный момент мониторингового визита уже должны быть с отметкой о проведении ФГО.

Таким образом, применение предложенных форм документов по формированию группы риска для ФГО позволяет получать и хранить информацию в электронном виде, обрабатывать её лицам, ответственным за качество проведения медицинских услуг, при подготовке мониторингового визита, что сокращается время его проведения непосредственно на выбранном объекте. Электронная форма регистрации консультативно-диагностических услуг (КДУ) в части ФГО, наряду с предложенным нами алгоритмом работы в значительной мере экономит время медицинского персонала при сверке данных о проведении ФГО между терапевтическим участком и флюорокартотекой.

## ТҮЙІН

**Р.З. Ашимов** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің МжБ тобының маманы, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.Е. Моминова** – Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің дәрігер – рентгенологі Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Ж.Р. Сейдалиева** - Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің дәрігер, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## БАСТАПҚЫ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ ЖҮЙЕСІНДЕ ФЛЮОРОГРАФИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРЫЛУЫ

Қазіргі жағдайларда, жалпы денсаулық сақтау жүйесіндегі флюорографиялық тексерулер цифрлік флюорографтар мен рентген – құрылғыларда жасалынып жатыр. Ал оның тіркеу формалары электронды медициналық жазбалар ретінде шығарылады. Осы жағдайларда флюорографиялық зерттеулердің нәтижелерін тіркеу және оны бақылап отырудың жаңа әдістерін ойлап табуы қажет етеді. Біздің ұсынып отырған жаңа үлгілер дәрігерлердің уақытын үнемдеп, жеңілдетеді және алынған ақпаратты электронды түрде алуға және сақтауға мүмкіндік береді.

**Кілт сөздер:** флюорографиялық тексеру (ФГТ), халық санағы, қауіпті топ, флюорокартотека, электронды цифрленген флюорограф, бақылау.

## SUMMARY

**R.S Ashimov** – M & E specialist of the regional TB dispensary, Shymkent. South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**M.E. Momynova**- doctor radiologist City TB Dispensary, Shymkent. South Kazakhstan region, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**S.Seidalieva**- doctor phthisiatrician City TB Dispensary, Shymkent. South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## ORGANIZATION FLUOROGRAPHY EXAMINATIONS IN PRIMARY HEALTH CARE NETWORK

To offer medical staff correction method of fluorography screening and monitoring, which will save time in reconciling data between fluoroscopy and a therapeutic portion flyuorokartotekoу. Conclusions: In the present circumstances, when fluorography examination (CSF) in the general health system is based on a digital X-ray and X-ray units, and applied for its registration form electronic medical records, there is an urgent need for correction methods of fluorography screening and monitoring. The use of the proposed form of documents on the formation of risk groups for CSF allows you to receive and store information in electronic form, process it to the persons responsible for the quality of medical services in the preparation of the monitoring visit, which reduces the time of the meeting directly to the selected object. Electronic registration form consultative and diagnostic services (KDU) in the part of the CSF, along with our proposed algorithm works largely saves time medical personnel to conduct reconciliation between CSF therapeutic portion and flyuorokartotekoу.

**Key words:** fluorography examination (CSF), a census, a group of risk flyuorokartoteka, digital X-ray monitoring.

**М.Е. Моминова** – врач рентгенолог городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Р.З. Ашимов** – специалист группы МиО областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

## ФЛЮОРОГРАФИЯ КАК МЕТОД СКРИНИНГА ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучить проблемы, возникающие при профилактических осмотрах, в частности методом флюорографии в целевых группах и представить пути решения данных проблем. Выводы: Несмотря на все сложности, связанные с проведением ФГО населения, признание исследования мокроты доминирующим методом выявления активного туберкулёза лёгких было не совсем точным, в настоящее время именно флюорография является одним из методов скрининг диагностики не только туберкулеза, но и других нозологических единиц, в частности профессиональных заболеваний и рака легких.

**Ключевые слова:** флюорографический осмотр (ФГО), перепись населения, группа риска, флюорокартотека, цифровой флюорограф.

Активное выявление туберкулёза лёгких – система организационных мероприятий по целенаправленному отбору, привлечению к обследованию группы риска среди населения. Во фтизиатрии профилактическая флюорография является активным методом выявления больных туберкулёзом, к организации которого привлекаются врачи всех специальностей, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

Материалы и методы: изучены журналы группы риска и декретированного контингента, план флюорографии, карты 0-52 у. лиц, прошедших флюорографию, справки специалистов группы. Мониторинг и Оценки областного противотуберкулезного диспансера по результатам мониторинговых визитов.

Результаты и обсуждения: Концептуальная направленность современной медицины на профилактику и ранее выявление заболеваний включает в себя флюорографический осмотр (ФГО) как один из действенных каналов её реализации. Флюорографические обследования требуют четкой организации всего процесса флюорографии. Важнейшими последовательными этапами флюорографической работы являются следующие:

1. Предварительная санитарно-просветительная работа среди подлежащих обследованию контингентов, имеющая целью разъяснить им задачи исследования.

2. Тщательный учет всех лиц, подлежащих обследованию, и плановая организация работы, обеспечивающая 100% охват лиц, подлежащих флюорографии.

3. Бесперебойная съемка, обеспечивающая получение технически высококачественных флюорограмм с квалифицированным последующим их изучением, выявлением и учетом всех лиц, у которых при флюорографии обнаружены те или иные патологические изменения.

4. Тщательное и полное дообследование всех без исключения лиц, у которых при флюорографии обнаружены или заподозрены патологические изменения.

5. Направление всех лиц с установленным диагнозом по соответствующим лечебным каналам.

При проведении переписи населения терапевтического участка формируется контингент, составляющий «группу риска». Полученные данные позволяют создать общий план и календарный план-график осмотров в ЛПУ в целом и на каждом участке в отдельности. При расшифровке календарного плана-графика в каждом месяце года поименно перечисляются пациенты, входящие в список «группы риска», в соответствии с сроком прохождения предыдущего профилактического осмотра. Данный подход позволяет соблюсти цикличность профилактического осмотра контингента, составляющего «группу риска» и значительно облегчает контроль за его выполнением.

В современных условиях, когда имеется определённый пласт социально незащищённого и неорганизованного населения, либерализованы подходы к обязательной прописке граждан и «тунеядству», медицинским работникам первого звена доставляет немало хлопот не только привлечь к ФГО представителей этого контингента, но и провести в полном объёме и в установленные сроки медицинское обследование к случае обнаружения у них при скрининге какого-либо отклонения от нормы. К сожалению, данная проблема приобретает системный характер и имеет тенденцию к увеличению.

Остаются открытыми вопросы, с которыми приходится сталкиваться как на этапе планирования ФГО на следующий год, так и при его реализации в году текущем.

Например: 1) Если БОМЖ - по определению - без прописки или не проживает по месту прописки, тогда, как он может быть прикрепленным к какой бы то ни было поликлинике?

2) Центр по профилактике и борьбе со СПИД зачастую отказывается предоставлять информацию о наличии ВИЧ-инфицированных, ссылаясь на врачебную тайну, что затрудняет организацию для них ФГО и отчётность по этой графе в поликлиниках.

3) Посредством флюорографов ШГПТД выявляются больные с патологией лёгких, но в "зачёт" они уходят установкам поликлиник по месту жительства больного. Возникает вопрос о продуктивности работы каждой из установок ШГПТД.

4) До сих пор вызывают большие затруднения попытки получить информацию от Миграционной службы, КУИС и ДВД о наличии мигрантов, заключённых и лиц, освобождённых из МЛС.

5) Отделы СОБЕС отказываются давать информацию по безработным и малообеспеченным лицам

6) К неадекватному распределению нагрузки на флюороустановки в некоторых местах приводит лоббирование материальных интересов (платная флюорография, например в случае с справками Ф № 86-У и, наоборот, бесплатная для всех - в ШГПТД).

7) Вторая читка флюорограмм не проводится практически везде. В новых экономических условиях, когда низкая заработная плата и сокращение штатов привели к осязаемому дефициту рентгенологов, проводить её одному и тому же специалисту и претендовать тем самым на внутренний контроль является сомнительным.

8) Формирование и контроль за контингентом «группы риска» как в противотуберкулёзных учреждениях (ПТУ), так и в сети ПМСП зачастую возложены на средний медицинский персонал.

Неспособность различных уровней противотуберкулёзной службы своевременно и адекватно реагировать на те технические новшества, которые претерпели рентгенология и менеджмент здравоохранения, приводят в определённой степени к отрыву регламентирующих документов от насущных потребностей общей лечебной сети. Теряется сама суть и направленность взаимодействий, не осуществляется организационно-методическая роль ПТУ.

Если в эпоху плёночных флюорографов к картам Ф-№ 052-У прикреплялись снимки каждого из пациента, составляющего группу риска, и рентгенолог имел возможность сравнить в динамике состояния легочных полей (в чём в значительной степени и состояло целевое предназначение флюорокартотеки), то с приходом в практику цифровых флюорографов роль флюорокартотеки с этой точки зрения утратила актуальность. Напротив, её существование в таком виде, как это происходит сейчас, приводит, кроме того, к нерациональному использованию трудовых ресурсов. Имеющиеся на сегодняшний день возможности позволяют посредством компьютерных программ отслеживать явку пациентов во флюорокабинет. Нет необходимости участковым медицинским сёстрам в очном порядке производить сверку данных, из имеющего на их участке списка лиц, составляющих группу риска, с данными карт Ф-№ 052-У в флюорокартотеке.



Тем не менее, несмотря на все сложности, связанные с проведением ФГО населения, признание исследования мокроты доминирующим методом выявления активного туберкулёза лёгких было не совсем точным, в настоящее время именно флюорография является одним из методов скрининг диагностики не только туберкулеза, но и других нозологических единиц, в частности профессиональных заболеваний и рака лёгких.

Таким образом, учитывая все выше перечисленные проблемы, назрела необходимость централизовать базу данных со всех флюороустановок независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности. Это дает возможность узнать о пациентах, проходящих ФГО не по месту жительства, и занести данные о ФГО в Ф № 52-У. Учитывая, что выявление туберкулёза по приказу МЗ РК № 19 от 22.08.2014 г делегируется сети ПМСП., становится не корректным устанавливать план ФГО для ШГПТД на любую нозологию.

#### ТҮЙІН

**М.Е. Моминова** – Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансердің дәрігер – рентгенологі Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Р.З. Ашимов** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің МжБ тобының маманы, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### КЕУДЕ ҚУЫСЫНЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫН ІРІКТЕУДЕ ФЛЮОРОГРАФИЯЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ СКРИНИНГ РЕТІНДЕГІ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

Халықтың профилактикалық тексеруден өткізуде, барлық қиындықтарға қарамастан, флюорографияның маңызы зор. Атап айтқанда, тек туберкулез емес, сонымен қатар басқа да ауруларды, мысалы өкпе рагы ж.т.б. анықтайды. Сондықтан флюорографиялық зерртеу- скринингке жатқызу болады.

**Кілт сөздер:** флюорографиялық тексеру (ФГТ), халық санағы, қауіпті топ, флюорокартотека, электронды цифрленген флюорограф

#### RESUME

**R.S Ashimov** – специалист группы МиО областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.Е. Момынова**- врач рентгенолог городского противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

#### FLUOROGRAPHY AS A SCREENING PATHOLOGY OF CHEST

To study the problems associated with routine inspections, in particular the method of x-rays in the target groups and to provide solutions to these problems. Conclusions: In spite of all the difficulties related to the CSF of the population, the recognition of sputum dominant method of detecting active pulmonary tuberculosis was not entirely accurate, now it fluorography is a method of screening diagnostics not only tuberculosis but also other disease entities, in particular occupational diseases and lung cancer.

**Key words:** fluorography examination (CSF), a census, a group of risk flyuorokartoteka, digital X-ray.

**Нуржанов Г.К., Мелдебекова А.Т., Бекбембетова А.К.**

Тюлькубасское отделение Сайрамского межрайонного противотуберкулезного диспансера

#### АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ТЮЛЬКУБАССКОМ РАЙОНЕ ЗА ПЕРИОД 2010-2014 ГОДОВ

#### АННОТАЦИЯ

В статье представлен анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Тюлькубасском районе за 2010-2014 годы. Отмечается устойчивая тенденция к снижению эпидемиологических показателей по туберкулезу: снизилась заболеваемость с 68,4 в 2010 году до 60,5 в 2014 году. Показатель смертности остается относительно на одном уровне: 4,0 в 2010 году, 3,7 в 2014 году.

**Ключевые слова:** туберкулез, эпидемиологические показатели.

Цель работы: изучение эпидемиологической обстановки в Тюлькубасском районе.

Материалы и методы исследования: Использованы статистические данные годовых отчетов Тюлькубасского отделения Сайрамского межрайонного противотуберкулезного диспансера.

Результаты и обсуждение. В Тюлькубасском районе население составляет 108550 человек. Изучена сравнительная оценка показателей заболеваемости, смертности, болезненности а также половозрастная, клиническая структура впервые выявленных случаев туберкулеза за период 2010-2014 годов и проведен анализ эпидемиологической обстановки в районе.

Таблица 1 – **Заболеваемость туберкулезом в Тюлькубасском районе за 2010-2014 годы**

Годы	Абсолютное число больных	Заболеваемость на 100 тыс. населения
2010	70	68,4
2011	67	67,6
2012	66	64,6
2013	67	63,6
2014	65	60,5

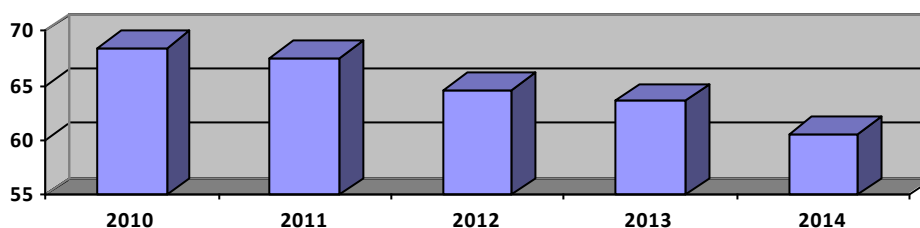


Диаграмма 2 - **Заболеваемость по туберкулезу в Тюлькубасском районе за 2010-2014 годы**

Из таблицы 1 и диаграммы видно, что в районе отмечается тенденция к снижению заболеваемости с 68,4 в 2010 году до 60,5 в 2014 году. Ежегодно снижается и абсолютное число впервые выявленных больных с 70 в 2010 году до 65 в 2014г году.

Таблица 2 - **Половозрастная структура впервые выявленных больных за 2010-2014 гг.**

Годы	0-4		5-7		8-14		15-17		18-24		25-29		30-34		35-44		45-49		50-54		55-64		65 >	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2010					1	2	1	2	5	11	6	2	3	4	7	3	6	3	5	3	2		2	3
2011			1		2	1	2	1	2	6	7	2	6	1	9	5	3	2	3	2	5	3	2	2
2012					1	5	2		6	5	7	3	7	6	8	2	2		3		3	1	2	3
2013					2		2		6	10	7	7	2	2	5	3	3	2	2	3	1	6	2	2
2014			1	1			1	2	7	3	4	3	4	1	9	5	2		2	1	6	3	9	1

Из таблицы 2 видно, что мужчин заболело больше чем женщин: в 2010 году – мужчин - 38(54,3%), женщин - 32 (45,7%; в 2011 году мужчин-42(63%), женщин-25 (37%); в 2012 году мужчин - 41(62%), женщин-25(38%); в 2013 году мужчин заболело -32(47,8%), женщин-35 (52,2%); в 2014году мужчин- 45 (69,2%), женщин-20 (30,8%). Самый высокий процент заболевших среди впервые выявленных больных отмечен в трудоспособном возрасте от 18 до 64. Причина высокого процента заболевших туберкулезом мужчин кроется в том, что много мужчин выезжают на вахтовые работы, стройки, где часто условия проживания не соответствуют санитарным нормам; вредные привычки (употребление алкоголя, курение).

Как видно из данных таблицы 3 за 2013 и 2014 годы не зарегистрированы фиброзно- кавернозный, милиарный и диссеминированный туберкулез легких. Наибольший удельный вес инфильтративного туберкулеза легких: в 2010 г.-50(71%); в 2011-46(68,6%); в 2012 году-44(67%); в 2013 году-56 случаев (83,6%), в 2014году-44 (67,6%). Количество случаев с бактериовыделением и деструкцией колеблется.

Таблица 3 - Клиническая структура впервые выявленных случаев туберкулеза за 2010-2014годы

Клинические формы туберкулеза	2010	2011	2012	2013	2014
Очаговый туберкулез	4	1		2	1
ИТЛ	50	46	44	56	44
Диссеминированный			1		
Милиарный		1	1		
Туберкулезный плеврит	11	11	11	7	12
Туберкулезный спондилит	2	4	6	1	2
Туберкулезный аднексит					1
Туберкулезный менингит					1
ТВГЛ		1			1
Туберкулезный лимфаденит	1		1		2
Туберкулез мочевыводящих путей	2	1	1	1	1
Первичный туб.комплекс		1			
Туберкулез кожи			1		
Из них с деструкцией	23	14	13	20	19
С бактериовыделением	23	13	20	17	12

Таблица 4 - Смертность по туберкулезу в Тюлькубасском районе за 2010-2014 годы

Годы	Абсолютное число случаев	Показатель смертности на 100 тыс. населения
2010	4	4,0
2011	4	4,0
2012	4	3,9
2013	4	3,8
2014	4	3,7

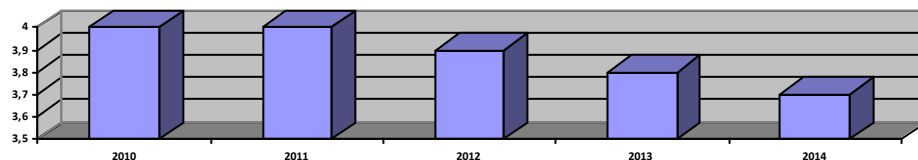
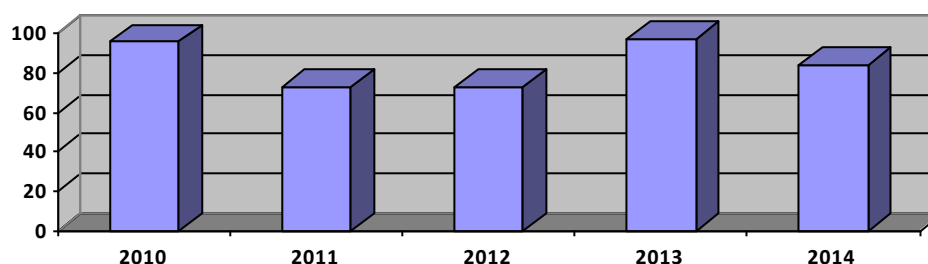


Диаграмма 2 - Смертность по Тюлькубасскому району за 2010-2014 годы

В районе отмечается стабильная ситуация по смертности от туберкулеза - по 4 случая. Причиной смерти является прогрессирование туберкулезного процесса вследствие лекарственной устойчивости, позднее обращение больного за медицинской помощью, отягощающие факторы - алкоголизм, сопутствующие заболевания.

Таблица 5 - Болезненность туберкулезом и рецидивы туберкулезного процесса

Годы	Абсолютное число больных	Показатель на 100 тыс. населения	Рецидивы	Удельный вес из числа зарегистрированных больных
2010	96	95,4	27	27,5%
2011	72	72,7	21	21,8%
2012	77	72,3	33	32,6%
2013	102	96,9	27	28,4%
2014	90	83,8	22	23,9%



Диagramма 2 - Болезненность по Тюлькубасскому району за 2010-2014 годы

Из таблицы 5 и диаграммы видно, что показатель болезненности туберкулезом в течение 5 лет не стабилен. Это связано с долей больных с множественной лекарственной устойчивостью, зарегистрированных для лечения препаратами 2-го ряда. Удельный вес рецидивов за последние 3 года имеет тенденцию в сторону уменьшения. Это объясняется улучшением уровня жизни населения, а также налажен контроль за непосредственно контролируемым лечением.

В результате проведенного анализа эпидемиологических показателей получены следующие выводы: В Тюлькубасском районе отмечается снижение заболеваемости с 68,4,6 в 2010 году до 60,5 в 2014 году. Темп снижения заболеваемости составил 7,9. Снижение уровня заболеваемости туберкулезом объясняется улучшением социального уровня жизни населения. Отмечается стабилизация эпидситуации по туберкулезу: показатель смертности остается на одном уровне: 4,0 в 2010 году , 3,7 в 2014 году. Отмечается улучшение клинической структуры выявляемого туберкулеза. За последние 2 года не зарегистрированы фиброзно-кавернозный, диссеминированный и милиарный туберкулез. Это объясняется улучшением качества профосмотра в районе. Показатель болезненности туберкулезом в течение 5 лет не стабилен. Это связано с долей больных с множественной лекарственной устойчивостью, зарегистрированных для лечения препаратами 2-го ряда.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
- 2.Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). - С. 4-6.
3. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). - С.27-29.

#### ТҮЙІН

**Нуржанов Г.К., Мелдебекова А.Т., Бекбембетова А.К.**

Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансердің Түлкүбас бөлімшесі

#### 2010-2014 ГОДОВ МЕРЗІМДІҢ АРТЫНА ТЮЛЬКУБАССКОМ АУДАНДА ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАР ТАЛДАУ

Осы мақалада 2010-2014 жылдар аралығындығы Түлкүбас ауданында туберкулез жөніндегі эпидемиологиялық жағдай келтірілген. 2010-2014 жылдар аралығында туберкулезбен сырқаттанушылық тұрақты түрде төмендеуде. 2010 жылы 68,4, 2014 жылы 60,5 дейін төмендеді. Сонымен қатар туберкулезден қайтыс болғандар саны 100 мың тұрғынға шаққанда бір қалыпты: 2010 жылы -4,0; 2014 жылы-3,7.

Кілт сөздер: туберкулез, эпидемиологиялық көрсеткіштері.

#### SUMMARY

**Hurzhanov G.K., Meldebekova A.T., Bekbembetova A.K.**

Tulkubas the department of Cayram Between regions tuberculosis dispensary

#### THE ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON TO TUBERCULOSIS IN TULKUBAS REGION BEHIND PERIOD 2010-2014

In this paper analysis of the epidemiological situation Tulkubas area town during 2010-2014 is presented. Tendency to decrease the epidemiological indicators on TB from 68.4 in 2010 to 60.5 in 2014 is observed. Stabilization of TB mortality indicator is marked 3.7 per 100.000 in 2014 and the same figure 4.0 in 2010.

**Key words:** the tuberculosis, epidemiological indexes.

С.А.Сақыбаева, м.ғ.к., А.А.Асанова, А.А.Жумагулова, М.Т.Турлыбекова, Ж.Б.Заурбекова  
«Қарлығаш» облыстық балалар туберкулезге қарсы санаторийі, Шымкент қаласы

## ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН ІС-ШАРАЛАРДА САНАТОРИЙДІҢ ҚЫЗМЕТІ

### ТҮЙІН

Кез келген қоғам ең алдымен халық денсаулығын ойлау қажет. Белгілі бір жүйемен құрылған күн тәртібі, мезгілімен дұрыс тамақтандырудың маңызы зор. Дұрыс жүргізілген ем-сауықтыру шаралары, оқу тәрбие жұмыстары, баланың көңіл күйін көтеретін іс-шаралар, жаңа ортада тез тіл табысып бейімделуіне көп көмегін тигізеді. Осы жоғарыда көрсетілген кешенді сауықтыру жұмыстары бала ағзасының нәтижелі сауығуына, нығаюына кепілдік береді. Жан жылуы мен мейірім шуағы мол осындай санаторий алдағы кезде де бүлдіршіндерге үлкен қуаныштар сыйлай бермек.

Кілт сөздер: балалар санаториясы, туберкулез, сауығу, изоляциясы, химиофилактикасы.

Қазіргі эпидемиологиялық жағдайда туберкулез ауруының балалар мен жасөспірімдер арасында төмендетудің бірден бір жолы ол арнайы туберкулезге қарсы санаториялар болып табылады. [1] 1965 жылдың 7 желтоқсанынан КазССР Еңбекшілер депутаттарының Шымкент қалалық Советі атқару комитетінің қаулысы бойынша «Қарлығаш» облыстық балалар туберкулезге қарсы санаторийі ұйымдастырылған. 1993 жылдың қарашасында Мемлекеттік мүлік бойынша ОҚО территориалдық комитетінің қаулысы бойынша «Восток» АҚ қарасты «Золотой ключик» балабақшасының ғимараты санаторийге қайтарымсыз берілді.

Санаторияда бас дәрігер қызметін атқарған дәрігерлер: 25.02.1966-07.03.1978 ж.ж. аралығында Кисляцких Кира Владимировна. 10.04.1978-18.02.1980 ж.ж. аралығында Убишева Кийвит Убишевна. 01.07.1980-11.05.1981 ж.ж. аралығында Галич Людмила Петровна. 25.05.1981-30.07.1988 ж.ж. аралығында Алтынбеков Полат Дүйсенбайұлы. 30.07.1988-17.12.1991 ж.ж. аралығында Мырзабаева Шарипа Абдиджалилқызы. 13.01.1992-27.07.2004 ж.ж. аралығында Сақыбаева Салтанат Абдіразаққызы. 27.07.2004-26.12.2006 ж.ж. аралығында Жансеитов Ерлан Патеевич. 26.12.2006-13.08.2013 ж.ж. аралығында Сулейманова Жамила Джумадиловна. 2013 жылдың 14 тамызынан бастап санаторийдің бас дәрігері болып медицина ғылымының кандидаты, жоғары санатты дәрігер Сақыбаева Салтанат Абдіразаққызы тағайындалды.

Қазіргі таңда туберкулезге қарсы санаторий 2 жасан 7 жасқа дейінгі балалар үшін және 150 төсек орынға арналған. Санаторий тәулік бойы, жыл бойы жұмыс істейді. Осы уақытқа дейін «Қарлығаш» санаторийі балаларды ем қабылдауға және сауықтырылуға қалалық және аудандық туберкулезге қарсы диспансерлерден жолдама арқылы қабылданып келген, 2015 жылдың шілде айынан бастап балаларды қабылдау жоспарлы емдеуге портал «емдеуге жатқызу бюросы» енгізіліп жүргізілуде. Санаторийде 6 топ бар, яғни бұл топтар балалардың жасына және диагнозына байланысты бөлінген. олардың ішінде 4 топ бұл арнайы химиотерапия қабылдап жатқан балалар үшін арналып жабдықталған.

Санаторийде Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және Әлеуметтік Даму Министрлігінің 2014 жылдың 22 тамызында бекіткен №19 бұйрығы «Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы», Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы №178 «Санаториялық және сауықтыру объектілеріне қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар» санитарлық қағидалары, бұйрықтар қолданыста.

Барлық нысанды медициналық құжаттар Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің ма 2010 жылғы 23 қарашадағы №907 бұйрығымен бекітілген, бұйрықтың негізінде толтырылып жүргізіледі. Санаторий дәрі-дәрмектермен толық қамтамасыз етілген. Туберкулезге қарсы дәрілер Республикалық бюджетінен және Грант есебінен беріледі. Санаторияға сауықтырылуға және ем қабылдауға түсетін негізгі топтар: стационарда қарқынды кезеңнен кейін, жалғастыру кезеңі бойынша химиотерапиялық емін жалғастыруға, туберкулезбен ауырған науқаспен қатынаста болған қауіп тобындағы туб. қатынас балалар және туберкулез микобактериясының жұғуы, алғаш рет анықталған диагнозы қойылған балалар құрайды.

Санаторийде 7-фтизиатр дәрігер, ЛОР, окулист, дәрігер лаборант, эпидемиолог және 31 орта буын медицина қызметкерлері, 18 педогог маман, 33-кіші буын қызметкерлері, 30 қызметкер түрлі жұмыс жасайды. 2013 жылы санаторийде 474 бала, ал 2014 жылы 451 бала оқшаулануға және сауықтырылуға түсті. Олардың диагноз бойынша жіктелуі №1 кестеде көрсетілген.

1-ші кестеде көрсетілгендей 2013 жылы барлық диагноздардың ішінде туб қатынас диагнозымен 283 (59,7%) басымырақ болған, екінші орында көрсеткіші бойынша туберкулез виражының сынамасы диагнозы 172 (36,3%). 2014 жылы жаңа бұйрықтың енгізілуіне байланысты, «ескі диагноздар» туберкулез сынамасының виражы және туберкулез сынамасының гиперергиялық реакциясы алдыңғы бұйрықтың күшін жоюына

байланысты жаңа «Туберкулез микобактериясының жұғуы, алғаш рет анықталған» диагнозға алмастырылды. Осы диагноз бойынша 222 (49,2%) бала тіркелді.

1-ші кесте - Балаларды диагнозы бойынша бөлу

№	Диагноз	2013 ж	2014 ж
1	Туберкулезбен қатынас	283 (59,7%)	224(49,6%)
2	Туберкулез виражының сынамаcы	172 (36,3%)	-
3	Туберкулез сынамаcының гиперергиялық реакциясымен	14 (3,0 %)	-
4	Туберкулез микобактериясының жұғуы, алғаш рет анықталған	-	222(49,2%)
5	Кеуде ішілік лимфа бездерінің туберкулезімен	4 (0,84 %)	3 (0,6%)
6	Ішек және мезентериялды туберкулезімен	1(0,2%)	-

Санаторийдің негізгі атқаратын жұмысы туберкулезді емдеу, алдын алу, тубқатынаста болған балаларды оқшаулауға және сауықтыруға арналған. Санаторияда балалардың ем қабылдау ұзақтығы ҚРДС және ӘДМ 2014 жылы 22 тамызында шыққан №19 бұйрық негізінде химиопрофилактикалық ем 6 айға дейін. Ал қауіп тобындағы балаларды сауықтыру 3-6 айға дейін жүргізіледі. Жыл сайын бүкіл облыс бойынша қауіп тобындағы балалар ем қабылдап сауықтырылады. 2013жылға химиотерапия қабылдаған бала саны 5, химиопрофилактика қабылдаған бала саны 186, ал 2014 жылы 3 бала химиотерапиялық ем қабылдаса, 222 бала химиопрофилактикалық ем қабылдады. Жүргізілген химиопрофилактикалық ем кезінде балалардың жалпы жағдайының, көңіл күйінің, тәбетінің жақсаруы мен салмақ қосуы байқалды.

Балаларға ем қабылдаумен қатар келесідей сауықтыру іс-шаралары жүргізіледі: химиотерапия, химиопрофилактика, жалпы витаминотерапия, емдік дене шынықтыру, уқалау, қосалқы ауруларын емдеу. Сондай ақ УФО, УВЧ, электрофорез, Дарсонваль, жылулық және ультра дыбыстық ингаляция сияқты физиоэмдеулер бар. Балалар санаторийде бес мезгіл тамақтанады, ас мәзірі Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы №178 «Санаториялық және сауықтыру объектілеріне қойылатын санитарлық-эпидемиологиялық талаптар» сәйкес жасалынған.

Балалар туберкулезге қарсы арнайы дәрілер арқылы химиопрофилактикалық ем қабылдаумен қатар кешенді емдеу-сауықтыру іс-шаралары атап айтқанда, медбикелер балаларға өздеріне өздері нүктелі массаж жасауға, Стрельников әдісі бойынша тыныс алу гимнастикасын, Рига әдісі бойынша шынығу, тұз жолымен жүру, танертеңгілік таза ауадағы гимнастика сияқты сауықтыру шаралары жүргізіледі, сонымен қатар ән күй маманы балалармен ертеңгілік жүргізіп, ән сабағын өткізеді, сондай ақ балаларға санаторий тәрбиешілерінің қатысуымен әр түрлі ертегілерден қойылымдар қойылады және де балалардың қатысуымен әр түрлі мерекелерге байланысты жарыстар ұйымдастырылады және арнайы сыйлықтармен марапатталады. Балалар арасында және қызметкерлер арасында Салауатты өмір салтын насихаттауға бағытталған спартакиадалық жарыстар өткізіледі.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Ережепов М. Ш. Туберкулез ауруының ашық тығыз қарым-қатынаста болған балалардың санаториялық жолмен сауықтырылуының маңызы және емдеу мерзімі жайлы / М. Ш. Ережепов // Медицина. - 2013. - №12. - С. 80-81.

#### РЕЗЮМЕ

**С.А.Сақыбаева, к.м.н., А.А.Асанова, А.А.Жумагулова, М.Т.Турлыбекова, Ж.Б.Заурбекова**  
Областной детский противотуберкулезный санаторий «Қарлығаш», Шымкент к., Қазақстан

#### ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ДЕТСКОМ САНАТОРИИ

Любое общество первоначально думает о здоровье населения. Немаловажное значение для здоровья населения играют здоровый образ жизни, правильное питание, свежий воздух, солнце, правильный распорядок дня. Чтобы ребенок лучше восстановился ему необходимо выполнять комплекс мер, направленный на реабилитацию, что в дальнейшем будет способствовать хорошему настроению, да и ребенок сам приспособиться к расписанию. Данные мероприятия способствуют эффективному лечению и оздоровлению. Сотрудники санатория в свою очередь дарят им частичку своей доброты, внимания и ласки. Хорошее настроение, бодрый настрой только подарят по-больше солнца и света.

**Ключевые слова:** детский санаторий, туберкулез, оздоровление, изоляция, химиопрофилактика.

#### SUMMARY

**Sakybaeva S.A.- MD, PhD, A.A.Asanova, A.A.Zhumaglova, M.T.Turkybekova, Zh.B.Zaurbekova**  
Regional children's the tuberculosis sanatorium "Karkygasch", Shymkent city [sanatori78@mail.ru](mailto:sanatori78@mail.ru)



## THE TUBERCULOSIS MEASURE IN CHILDISH SANATORIUM

First of every society has to worry about people's health. It is very important to follow 'timetable' and 'eat in time'. Right conducted threatening activities, educational trainings and different entertainments help children for adapting in a new environment. The actions, which are told before, have good effects on kid's body. The rest house, which expresses kindness and love still influent in a good way that gives a huge happiness for children.

**Key words:** the childish sanatorium, tuberculosis, environmental sanitation, isolation, chemistry prophylactic.

УДК 614.2:616-084

- Жумагалеева Д.С.** – магистрант, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, lady\_di 7777@mail.ru  
**Долтаева Б.З.** – к.м.н., доцент, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан, doltaeva68@mail.ru  
**Жаксыбаева Ж.Б.** – магистр, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ДОХОДАМИ НИЖЕ ПРОЖИТОЧНОГО УРОВНЯ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (Литературный обзор)

### АННОТАЦИЯ

Цель работы: комплексный социально-гигиенический анализ современного состояния бедности как медико-социального явления и раскрытия механизмов ее влияния на здоровье населения и развитие здравоохранения.

**Ключевые слова:** система здравоохранения, социальная дифференциация, здоровье, уровень дохода.

Улучшение качества и уровня жизни всех граждан Казахстана, а также укрепление здоровья, социальной стабильности и защищенности является важнейшей задачей нашего государства. Так, в «Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года» одной из стратегических целей страны до 2020 года является снижение доли населения с доходами ниже прожиточного минимума до 8% [1], а одним из целевых индикаторов «Программы занятости 2020», утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 марта 2011 года № 316, выступает снижение уровня бедности к 2015 г. До 6% [2]. Таким образом, актуальность данной проблемы на государственном уровне растет с каждым годом.

Казахстан по уровню экономики пока еще находится в группе стран с развивающейся экономикой. При этом по Индексу развития человеческого потенциала, формируемому ПРООН, согласно последнему отчету, опубликованному в 2009 году, из 182 стран мира Казахстан занял в общем зачете 82 место, при этом по показателю ВВП на душу населения - 72 место, что позволило стране попасть в группу стран с высоким уровнем человеческого развития [3]. В региональном разрезе самый высокий показатель ВВП на душу населения характерен для Атырауской (5401,0 тыс.тенге), Мангистауской (2890,4 тыс.тенге) областей, а также г. Алматы (2797,3 тыс. тенге) и Астана (2635,7 тыс. тенге), а самый низкий показатель – Жамбылской (429,0 тыс.тенге), Южно-Казахстанской (474,6 тыс. тенге), Алматинской (537,9 тыс. тенге) областей.

Неравномерное распределение доходов, увеличение разрыва между регионами по показателям доходов населения все больше обостряют проблему бедности в стране. Для реальной оценки уровня бедности ЕС принято считать тех, чей доход составляет менее 60% от среднего показателя дохода в стране проживания, при этом учитываются также и все социальные выплаты. Исходя из этих данных и были получены пороговые суммы бедности. В казахстанских условиях этот уровень составил в 2010 г. порядка 23,3 тыс. тенге, что 1,7 раза выше прожиточного минимума, и, соответственно, к бедным будут причислены 63,2% всего населения страны, а в сельской местности показатель достигает до 74% [4].

Прожиточный минимум – это важный инструмент государственной социальной политики [5]. В мировой практике он применяется в качестве критерия абсолютной бедности и называется «чертой бедности», под которой понимается минимальный уровень дохода, необходимый для удовлетворения основных потребностей человека. Как сообщает агентство КНА, государством с самым высоким прожиточным минимумом является Люксембург: находящимся на грани бедности там может считать себя тот, кто зарабатывает 18550 евро в год. Далее следуют: Дания (14497 евро), Швеция (12178 евро),



Финляндия, (11800 евро), Нидерланды (11694 евро) и Австрия (11406 евро). Чуть выше сумма оказалась в Ирландии (13760 евро) и Великобритании (13119 евро). В Германии этот показатель равен 10953 евро в год. Самым низким порог бедности оказался в Румынии (1173 евро) и Болгарии (1303 евро в год) [6].

В Казахстане для измерения уровня бедности используется прожиточный минимум, который в 2010 г. составил 13487 тенге [7]. При этом, за последние годы наблюдается незначительный рост показателя, так в 2009 г. – 102,4%, в 2010 г. – 106,5%. Тогда как рост индекса потребительских цен за эти годы сохранился на уровне 107,3% и 107,1% соответственно.

Проведенный организацией PewGlobalAttitudesProject опрос жителей 47-ми стран мира (включая США, Россию и Украину) позволил сделать ряд любопытных выводов о проблемах и настроениях жителей планеты.

Удовлетворение своей жизнью значительно выше у жителей индустриально развитых стран, однако их отрыв от жителей развивающихся государств постепенно уменьшается. Частично это объясняется тем, что состояние экономик и уровня благосостояния стран, традиционно считающихся "бедными", в последние годы существенно улучшилось. По данным Всемирного Банка WorldBank, объем валового внутреннего продукта США в период с 2002 по 2007 год вырос на 11%, Западной Европы - на 6%, Восточной Европы - на 36%, Латинской Америки - на 18%, Азии - на 24%, Африки - на 17%.

Ныне 65% американцев считают, что имеют высокий уровень жизни. В Западной Европе аналогичного мнения придерживаются 53% опрошенных, в Восточной Европе и Азии - 34%, в Латинской Америке - 59%, в Африке - 21%. Однако в США и Западной Европе за последние пять лет количество удовлетворенных людей не увеличилось. В Латинской Америке их стало больше на 15 пунктов (в 2002 году удовлетворение своим уровнем жизни выражали 44% латиноамериканцев), в Восточной Европе - на 11 пунктов.

Удовлетворение уровнем дохода своей семьи выражают 76% американцев, 65% западноевропейцев, 62% латиноамериканцев, 47% азиатов, 41% африканцев и лишь 39% жителей стран Восточной Европы (включая Россию и Украину). Опять-таки изменения в США и Западной Европе минимальны (в США - плюс 2 пункта, в Западной Европе - минус 4). Доходы наиболее заметно возросли в Латинской Америке (плюс 16%) и в Восточной Европе - плюс 11).

При этом жители США и Западной Европы выражают намного меньшее удовлетворение положением дел в их странах. В США им удовлетворены лишь 25% (41% в 2002 году), в Западной Европе - 26% (соответственно, 32%). В Восточной Европе этот показатель вырос на 10 пунктов (с 10% до 20%), в Латинской Америке - на 27 (ныне - 34%), в Азии - на 25 (ныне - 39%).

Значительная часть населения мира страдает от бедности. 23% американцев в 2006 году юридически не могли себе позволить лечение или покупку лекарств, по 16% вынуждены были отказываться от приобретения продуктов питания и одежды или обуви. В Западной Европе от подобных проблем страдали соответственно, 6%, 7% и 11% опрошенных. В Восточной Европе - 38% (лечение), 32% (пища) и 41% (одежда). Еще более высок уровень бедности в Латинской Америке и Африке.

Главными проблемами своей жизни большинство опрошенных представителей человечества во всех странах называют низкий уровень доходов и состояние здоровья. В США на невысокий достаток жалуются 41%, на здоровье - 23%. В России, соответственно, 73% и 43%, в Украине - 77% и 48%. Для сравнения: Великобритания - 31% и 16%, Германия - 38% и 41%, Швеция - 33% и 35%, Польша - 71% и 48%, Израиль - 60% и 32%, Япония - 41% и 36%, Китай - 65% и 42%. На третьем месте оказалась проблема будущего детей и их образования. Особо болезненной она является для "бедных" государств, хотя есть и исключения, например, Япония, где каждый третий опрошенный выражает беспокойство положением дел в этой сфере.

Парадоксально, но наиболее оптимистично смотрят на мир жители "бедной" Африки, а наибольшими пессимистами являются жители индустриально-развитых государств. К примеру, 80% французов, 73% немцев, 70% японцев, 69% итальянцев, 60% американцев, 58% канадцев уверены в том, что следующее поколение их стран будет жить хуже, чем нынешнее. В большинстве остальных государств пессимистов заметно меньше, чем оптимистов. В России лишь 25% уверены в ухудшении качества жизни следующего поколения, в Украине еще меньше - 16%. Наиболее светлого будущего ожидают китайцы (лишь 6% являются пессимистами), жители Бангладеш и Марокко (соответственно, по 13%).

Понятие «качества жизни» многогранно, это целый комплекс реальных условий, которые обеспечиваются государством для развития его граждан. Исследовательским институтом Legatum Institute проведено исследование по рейтингу уровня жизни в разных странах мира по итогам 2009г., названы лучшие страны для проживания. Так по представленному рейтингу Казахстан в 2009г. занимал 56 место, а по оценке 2010г. - 76 место.

Таким образом, Казахстан упал за год на 20 пунктов. При составлении рейтинга стран учитывались не только экономические показатели страны, развитие науки, но также уровень комфорта жизни. Например, климат, экология, забота о здоровье граждан, качество образования, свобода граждан, возможность свободного предпринимательства в стране, возможность свободно путешествовать, религиозная свобода, а также наличие инфраструктуры для отдыха, уровень безработицы и другие. Современные риски, в отличие

от рисков прошлого, определявшихся зависимостью человека от природы и внешних обстоятельств, порождаются преимущественно деятельностью людей. Как справедливо заметил английский социолог Э.Гидденс, “мы живем в мире, где опасности, созданные нашими же руками, не менее, а то и более серьезны, чем те, которые приходят к нам извне” [Гидденс 2004: 50]. Болезни теперь не только исходят из природной среды (от многих из них люди научились защищаться), но и возникают под воздействием разнообразных рискогенных факторов.

В условиях открытости и динамичности социума невозможно дистанцироваться от рисков, откуда бы они ни исходили. Риски превратились в имманентное свойство социума и практически любого общественного производства, вследствие чего о современном обществе стали говорить как об “обществе риска” (У.Бек).

Важным источником новых биосоциальных рисков, как это ни парадоксально, являются *традиции общества*, точнее, *сложившиеся стереотипы мышления и поведения людей*. Например, издавна известно представление о связи богатства и здоровья, бедности и болезней. Существует мнение о “нездоровом” или, во всяком случае, угрожающем здоровью образе жизни определенных социальных групп, прежде всего людей труда. Утверждают, в частности, что они заняты тяжелым физическим трудом, как правило, монотонным, неинтересным и низкооплачиваемым (по сравнению с умственным трудом). Поэтому эти люди не могут обеспечить себе и своим семьям полноценное питание, здоровый отдых, хорошее жилье и страдают от эмоционально-психологического напряжения. Но есть ли прямая связь между бедностью и повышенным риском заболеваний?

Результаты международного проекта “Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения” и проекта “Здоровье, здравоохранение и бедность в России” подтверждают, что бедные болеют чаще, тяжелее и больше страдают от нервного напряжения, чем богатые. 79% из тех, кто испытывает сильное беспокойство или депрессию, находятся на четырех нижних ступенях (из десяти) по уровню благосостояния. Неравенство в уровне и качестве жизни порождает “неравенство шансов” сохранить здоровье [Свобода. Неравенство. Братство 2007: 365]. Однако не все так однозначно. *Глобализация по-новому перераспределяет риски болезней в контексте социального неравенства*, причем в планетарном масштабе. Меняются представления о богатстве, бедности и социальном неравенстве.

Галопирующая плата за здоровый образ жизни уже завтра загонит ‘богатых’ (в смысле здоровья и самочувствия) в очередь к больничным кассам, а послезавтра в разряд париев – инвалидов и увечных” [Бек 2000: 47].

Богатые и состоятельные люди гораздо больше рискуют заболеть некоторыми болезнями, чем бедные. Речь идет, в частности, о диабете. По мнению испанского социолога М.Рея, диабет “...практически отсутствует в бедных странах, число случаев заболеваний им высоко в развитом мире и оно драматически увеличивается в развивающихся странах. В настоящий момент в мире насчитывается около 150 миллионов людей, страдающих этой болезнью, и, по оценочным данным, в ближайшие два десятилетия их численность удвоится” [Conflict 2007: 229].

Уровень здоровья населения - важный показатель социально-экономического состояния общества. Качество здоровья зависит от различных внешних факторов: природных, эколого-гигиенических, производственных, но в первую очередь от экономических. Мысль эта не нова. Об этом писали многие врачи прошлого. В конце XIX - начале XX в. на зависимость общественного здоровья от величины доходов указывали выдающиеся врачи и гигиенисты - А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман.

В 1902г. Ф.Ф. Эрисман писал: «не подлежит сомнению, что все главные факторы экономической жизни сильно влияют на состояние общественного здоровья и что нередко в этих условиях и кроется ключ к объяснению чрезмерной болезненности и смертности народонаселения». Не утратило своего значения это утверждение и в наши дни. На этот факт неоднократно указывали и эксперты международных организаций. Так, на 52-й сессии Всемирной организации здравоохранения вновь было подчеркнуто, что «все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... Связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах».

Ю.А. Добровольский (1968г.) обратил внимание на то, что в ряде обследований, проведенных в США и в некоторых других странах, были вскрыты значительные классовые различия в уровнях заболеваемости населения. Отмечены также более высокие уровни заболеваемости у безработных по сравнению с занятыми. Изучение частоты заболеваний в семьях с различной величиной дохода показало, что в семьях с меньшим доходом показатели заболеваемости выше. Обследование фермерского населения штата Мичиган выявило, что в семьях, имеющих годовой доход менее 1 тыс. долл., заболеваемость в 2 раза выше, чем в семьях с доходом 5 тыс. долл. и выше.

Всякая система здравоохранения справедлива и достойна, когда она соответствует ожиданиям населения и способна реагировать на любой запрос каждого члена общества. По мнению Всемирной

организации здравоохранения (далее – ВОЗ), главными критериями эффективной системы национального здравоохранения являются качественное медицинское обслуживание и справедливость в сфере охраны здоровья без любой дискриминации.

По определению ВОЗ, справедливой по финансовому распределению может считаться та система здравоохранения, в которой доля общих расходов семьи на медицинские услуги является характерной для всех домашних хозяйств, независимо от их доходов, состояния здоровья или использования ими системы здравоохранения. Каждый гражданин имеет равные права на расходование этих средств, согласно индивидуальным потребностям в медицинской помощи.

Здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за сохранение и укрепление здоровья, поскольку основные причины, определяющие неблагополучие детей, относятся к социальной и экономической сферам. Так, в документах ВОЗ отмечается роль сектора финансовой политики, который оказывает нередко значительно большее воздействие на состояние здоровья, чем политика сектора здравоохранения.

Социальная политика в отношении здоровья детей, проводимая путем регулирования некоторых параметров уровня жизни населения, должна учитывать особенности их формирования под воздействием различных семейных факторов.

Многочисленными исследованиями доказано, что дети и подростки из семей с низким уровнем жизни отличаются повышенной инфекционной заболеваемостью, высоким уровнем детской смертности, высокой общей заболеваемостью, в том числе хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки, почек и мочевыводящих путей, болезней, передающихся половым путем, а также большим распространением курения сигарет, потребления алкоголя по сравнению с детьми из более обеспеченных семей (17).

Доля детей первого года жизни ни разу не болевших в семьях с доходами выше средних и высокими почти вдвое выше по сравнению с семьями с очень низкими и низкими доходами (57,4 против 30,3%). И, напротив, доля часто болеющих детей в семьях с доходами выше средних вдвое меньше, чем в семьях с низкими доходами (Войцеховская Ж.И., 2008).

Согласно психосоциальной гипотезе, родители в семьях с плохим материальным положением часто подвержены депрессии, что в результате, негативно сказывается на качестве родительского воспитания, отношениях между родителями и детьми, и даже может провоцировать неблагоприятное поведение родителей, например злоупотребление алкоголем, с последующим негативным влиянием на благополучие ребенка. Кроме того, наблюдается риск плохого здоровья и хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств.

Немаловажное влияние на здоровье оказывает и такой представительный показатель семейного благосостояния, как *жилищные условия*. Жилище не только обеспечивает возможность существования семьи, как таковой, но и создает необходимые условия для реализации важнейших функций семьи, связанных с воспитанием детей, организацией потребления, быта, досуга и удовлетворения многих других потребностей членов семьи.

Установлено, что перенаселенность (менее 12 квадратных метров жилой площади на человека) более чем в 2 раза повышает риск плохого здоровья и хронических заболеваний у детей, приводит к росту инфекционных заболеваний, нарушению психического здоровья членов семьи, в особенности детей. Анализ связей между состоянием здоровья детей (1, 2, 3 группа здоровья) и уровнем жилищных условий показывает, что в семьях, проживающих в неудовлетворительных жилищных условиях число детей с третьей группой здоровья достоверно выше, чем в семьях, проживающих в хороших жилищных условиях. Следует отметить, что проблема улучшения жилищных условий, как свидетельствуют материалы многих обследований, продолжает занимать одно из ведущих мест в иерархии жизненных проблем, прежде всего роста жизненного благосостояния семьи.

Рассматривая различные компоненты благосостояния под углом зрения их взаимодействия со здоровьем, нельзя не выделить такого важного структурного элемента, как *питание*. Воздействие «семейных» факторов весьма заметно и здесь. Питание организуется преимущественно в рамках семьи (несмотря на различные формы общественного питания, существующие в специализированных учреждениях или по месту работы). Поэтому количественный и качественный состав питания отражает не только особенности индивидуальных вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся общесемейные, предпочтения. Структура питания, в первую очередь доля высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость и от семейных доходов, что особенно ощутимо проявляется в условиях несбалансированности спроса и предложения на отдельные продукты питания.

Согласно официальной статистике наименее обеспеченные слои населения в России, в отличие от располагающих большими ресурсами, потребляют меньше в 2,5 раза мясопродуктов, в 2,2 раза рыбы, в 2,1 раза молока и молокопродуктов, в 3,9 раза фруктов и ягод. Основными в меню становятся хлеб, картофель, макароны. «Бедный» тип питания приводит к возрастанию белково-калорийной недостаточности, проявляющейся у детей и подростков снижением массы тела и низкими ростовыми показателями. По

данным Министерства здравоохранения и социального развития, средний рост детей в пяти регионах страны ниже международных средних показателей. Согласно данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, почти 20% школьников страдают от недостаточного питания. Значительное число российских детей в период их формирования не получают достаточного количества основных витаминов и минералов, особенно железа и кальция. Около 7,5% детей потребляют пищевые продукты, содержащие животный белок – мясо, рыбу и яйца, – раз в неделю или реже. Число детей, употребляющих фрукты и соки раз в неделю, составляет почти 20%, и только 33% употребляют фрукты и соки каждый день. Недостаточное, плохо сбалансированное и нерегулярное питание наносит удар по всем физиологическим системам организма ребенка, включая умственное развитие. Следует отметить, что проблема улучшения сбалансированного питания детей присутствует в планах различных медицинских, образовательных, социальных и общественных организаций, но реализация этих планов наталкивается на низкий уровень финансирования целевых социальных программ улучшения здоровья семьи.

С социально-гигиенических позиций здоровье следует рассматривать как основной фактор качества жизни населения. Улучшение качества жизни включает в себя повышение благосостояния, что проявляется в виде дохода и потребления; создание таких условий, которые вызывают у человека уверенность в своем положении, расширяют свободу выбора, повышают работоспособность, и, как результат, – способствуют долголетию.

Экспертами ВОЗ доказано, что «улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта» [2. С. 25]. И здесь, прежде всего, следует коснуться вопросов борьбы с экономической бедностью в разрезе уровня доходов. В мире постоянно увеличивается разрыв между богатыми и бедными. Бедность и социально-экономическое неравенство оказывают прямое и косвенное влияние на социальное, психологическое и физическое благополучие наиболее необеспеченных групп населения. Более того, низкий уровень доходов вызывает психосоциальный стресс, приводящий к разрушению здоровья и более высокой смертности. Исследования, проведенные английскими учеными еще в 1970г., позволили обнаружить связь между принадлежностью к профессиональной группе и смертностью. Результаты свидетельствовали о том, что смертность среди мужчин в возрасте 20–64 лет, представителей класса V (неквалифицированные работники) почти в 2 раза превышала смертность среди представителей класса I (специалистов), а в начале 1990-х она уже была почти в 3 раза выше. Бедность оказывает немалое влияние как на физическое, так и на психическое здоровье. Всемирная организация здравоохранения охарактеризовала бедность как самую главную причину страдания на Земле. Бедность - многомерное явление, заключающее в себе неспособность удовлетворять базовые потребности, отсутствие контроля над ресурсами, отсутствие образования и плохое здоровье. В сущности, бедность может вызвать отчуждение и напряжение, но большую озабоченность вызывает ее прямое и косвенное влияние на развитие эмоциональных, поведенческих и психических расстройств. Обратимся к одному из ключевых показателей уровня жизни - здоровью. Связь между социально-экономическим неравенством, бедностью и здоровьем может, на наш взгляд, рассматриваться на макроуровне (в нашем исследовании, население регионов - субъектов РФ) и на микроуровне (отдельные индивиды, социальные группы). Подобный анализ показывает зависимость здоровья от социально-экономической иерархии общества, уровня доходов, определяющих различия в жизненных стандартах, способности справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Неравенство в жизненных стандартах определяет неравенство возможностей в использовании эффективных мер и способов в борьбе с возникающими отклонениями в здоровье. Установлено, что низкое социально-экономическое положение воздействует на здоровье непосредственно через депривацию и материальные лишения, а также через субъективное восприятие людьми своего неравного положения в обществе, свои переживания. При изучении влияния социально-экономического неравенства на здоровье населения, на наш взгляд, должны рассматриваться объективный социально-экономический статус личности и субъективно оцениваемое его положение. Ведь социально-экономическое положение — лишь один из множества факторов (природных, культурных, социально-структурных и др.), оказывающих влияние на здоровье.

Разумеется, здравоохранение, как и любой социальный институт, выполняет как интегрирующую, так и дифференцирующую функции. Но, если баланс нарушается, и различия в доступе к организациям здравоохранения детерминируют отрицательную динамику здоровья народонаселения, то мы вправе говорить о том, что институт здравоохранения перестаёт отвечать интересам социальной системы в целом.

Подводя итоги исследования, следует отметить, что феномен «бедности» все еще актуален для страны на фоне позитивного роста основных макроэкономических показателей республики. Счет влияния социально-экономических детерминант здоровья на уязвимые группы населения является важным элементом в осуществлении эффективной социальной политики в отношении уменьшения неравенства в здоровье. Там, где это возможно, социально-экономический статус должен определяться на основе трех показателей: профессия, уровень образования и уровень доходов. Особое внимание надо уделять как относительным, так и абсолютным различиям, а также не только воздействию низкого социально-экономического положения на состояние здоровья конкретных групп населения, но и влиянию этих

различий на здоровье населения в целом (Updating of the European HFA targets. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991 (document EUR/RC/Inf.Doc./1 Rev.1) Несомненно, это очень амбициозная задача, которую не всегда удастся реализовать в полном объеме. Вместе с тем, она отчетливо показывает цель, на которую должна быть ориентирована политика здравоохранения, и содействует мониторингу во времени количественных измерений различий в состоянии здоровья, обусловленных социально-экономическими факторами, что является обязательным условием для оценки результатов мер, осуществляемых при реализации политики здравоохранения. Это может быть осуществлено только при возможности количественного выражения влияния социально-экономических факторов на различия в состоянии здоровья. Только в случае выполнения данной задачи станет возможным построить организационно-функциональные межведомственные модели оказания медицинской помощи и реабилитации наиболее уязвимых в экономическом плане групп населения. В силу особой актуальности проблемы и ее недостаточной изученности она и стала предметом исследования данной работы.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года. Утвержден Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922;
2. «Программа занятости 2020». Утвержден Постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 марта 2011 года № 316;
3. ВВП на душу населения в Казахстане равен 8451,8 доллара США - ответы на вопросы «прямой линии» с Президентом РК <http://www.inform.kz/rus/article/2218039>;
4. Расчеты были сделаны на основе стат. данных АРКС «Уровень жизни населения в Казахстане» Статистический сборник / 2011 – 184 с./ Под редакцией А.Смаилова, стр. 187.;
5. Бедность в Казахстане: причины и пути преодоления. Публикация в поддержку целей развития тысячелетия;
6. Статистики определили уровень бедности в странах Евросоюза <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,5559621,00.html>;
7. Экспресс информация №07-01/4 10 января 2011 года. Величина прожиточного минимума. Агентство РК по статистике;
8. MedLinks.Ru
9. Современное состояние проблемы неравенства в здоровье. Амлаев К.Р., Курбатов А.В. <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=2415>
10. Уровень жизни населения Казахстана / Статистический сборник. На казахском и русском языках - 242 стр.;
11. Демографический ежегодник Казахстана. Статистический сборник / 2011 – 592 с. Под редакцией А.Смаилова;
12. ЕРБ ВОЗ Алма-Атинская декларация ВОЗ, 1978 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.ru/who-we-are/> 16 января 2012 г.
13. Неравенство в отношении здоровья [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.who.int/whosis/whostat/> 16 января 2012 г.
14. Калинина, Т. В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья [Электронный ресурс] / Т. В. Калинина, И. В. Малахова // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. 2010. № 2. С. 4–9. URL: <http://www.minzdrav.by>
15. Роик, В. Бедность: причины, следствия, пути преодоления / В. Роик // Человек и труд. 2010. № 1. С. 17–21.
16. Давыдова Н.М., Седова Н.Н. Материально-имущественные характеристики и качество жизни богатых и бедных // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 41–43.
17. Курмаева Е.А. Состояние здоровья и качество жизни детей дошкольного возраста из бедных семей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 22 с.
18. Bogomolova TYu, Topilina VS. Migratsiya bednosti: masshtaby, vosproizvodstvo, sotsialnyy spektr [Migration of poverty: Scope, reproduction potential, social spectrum]. Sotsiologicheskie issledovaniya 2004;(12):17-29.
19. Buzdalov IN. Bednost zakonomerna pri nyneshney sotsialnoy strukture rossiyskogo obshchestva [Poverty is only but natural under current social structure in Russia]. Obshchestvo i ekonomika 2005;(3):38-47.
20. Davydova NM, Sedova NN. Materialno-imushchestvennye kharakteristiki i kachestvo zhizni bogatykh i bednykh [Material life characteristics, proprietorship levels and QOL of the rich and the poor]. Sotsiologicheskie issledovaniya 2004;(3):41-43.
21. Kolesnikov SO, Yudasova KV, Denisova IA. Detskie posobiya i detskaya bednost [Childhood benefits and childhood poverty]. Nauchnye trudy TsEFIR 2000; Issue 6. 142 p.
22. Kurmaeva EA. Sostoyaniye zdorovya i kachestvo zhizni detey doshkolnogo vozrasta iz bednykh semey [State of health and QOL of poor families' pre-school children] [PhD. Thesis]. Moscow; 2008. 22 p.
23. Rimashevskaya NN. Bednost i marginalizatsiya naseleniya [Poverty and marginal formations in population]. Sotsiologicheskie issledovaniya 2004;(4):37-40.
24. Rimashevskaya NN. Nekotorye problemy sotsialnogo reformirovaniya v Rossii [Certain problems of social reforming in Russia]. Problemy prognozirovaniya 2006;(2):3-16.
25. Pineyru PS. Doklad nezavisimogo eksperta dlya provedeniya issledovaniya Organizatsii Obedinennykh Natsiy po voprosu o nasilii v otnoshenii detey [Report of an independent expert for UN survey of the issue of violence towards children]. 2006. 40 p.
26. Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. Health Technology Assessment 2001;5(4):156.

#### ТҮЙІН

Жумагалеева Д.С. – магистрант, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Долтаева Б.З.** – м.ғ.к., доцент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.,  
Қазақстан Республикасы

**Жақсыбаева Ж.Б.**- магистр, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.,  
Қазақстан Республикасы

**ЗАМАНАУИ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАКАЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ТАБЫСТАРЫ ӨМІР СҮРУ  
ДЕҢГЕЙІНЕН ТӨМЕН ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК  
АСПЕКТІЛЕРІ(әдеби шолу)**

Жұмыстың мақсаты: медициналық-әлеуметтік болмыс ретіндегі кедейшіліктің замануи жағдайына кешенді әлеуметтік-гигиеналық талдау жасау және денсаулық сақтаудың дамуы мен тұрғындар денсаулығына әсер ету механизмін ашу.

*Кілт сөздер:* денсаулықсақтау жүйесі, әлеуметтік дифференциация, денсаулық, табыс деңгейі.

**RESUME**

**Diana Zhumagaleyeva** – master, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city.  
Republic of Kazakhstan

**Bibigul Doltayeva** - candidate /PhD/ in of medical sciences, associate professor of medicine, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city. Republic of Kazakhstan

**Zheniskul Zhaksibaeyeva**-master, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city.  
Republic of Kazakhstan

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF HEALTH OF THE POPULATION WITH INCOMES BELOW  
THE SUBSISTENCE LEVEL IN THE CURRENT SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS (LITERATURE  
REVIEW)**

The purpose of research work: integrated socio-hygienic analysis of the current state of poverty as medical and social phenomenon and revealing the mechanisms of its impact on the population and development of the healthcare.

*Keywords:* healthcare system, social differentiation, health, level of income.

УДК 616-002.5

**Нуранова Н.Т.** – асс. кафедры терапевтических дисциплин курса фтизиатрии, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

**Серхожаева Т.Х.** – асс. кафедры терапевтических дисциплин курса фтизиатрии, Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

**Байдеуов Ж.Т.** – заведующий поликлиникой, Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан

**Атемов Т.А.** – Координатор группы мониторинга и оценки, Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ**

**АННОТАЦИЯ**

В данной статье изучены методы раннего выявления, причины заболевания, социально-экономические и клинические особенности туберкулеза у детей по Южно-Казахстанской области. Проанализированы истории болезни детей, получивших лечение детско-подростковом отделении Городского противотуберкулезного диспансера г.Шымкент за 2014 г. В результате проведенного анализа ведущим методом выявления туберкулеза у детей остается туберкулинодиагностика, проведение которой позволяет вовремя выявить неосложненные формы туберкулеза. Поэтому необходимо повышать ответственность врачей первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении туберкулеза и усилить мероприятия по профилактике туберкулеза среди детей.

**Ключевые слова:** туберкулез, клиника, впервые выявленный, эпидемия, туберкулинодиагностика

В настоящее время туберкулез продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-биологических и социально-экономических проблем, стоящих перед здравоохранением страны. Вследствие несвоевременного выявления туберкулеза у взрослых повысился риск заражения детей. Инфицированность, а в ряде случаев и заболевания детей, проживающих совместно с больными туберкулеза выше, чем у детей из здорового окружения. Поэтому основные меры профилактики, раннее выявление заболевания и лечение туберкулеза у детей являются важнейшими разделами комплексного плана борьбы с туберкулезом.

Цель исследования – изучить пути выявления, причины заболевания, социально-экономические и клинические особенности туберкулеза у детей по Южно-Казахстанской области (ЮКО).

Материал и методы исследования. Изучена клинико-эпидемическая характеристика туберкулеза у детей в возрасте от 0 до 14 лет, находившихся на лечении в детско-подростковом отделении ГПТД г.Шымкента за 2014 г.

Таблица 1 - Возрастной состав впервые выявленных больных туберкулезом детей за 2014 г.

Возраст	Абс.	%
0 – 1 год	3	6,0
2-5 лет	9	18,0
6-8 лет	12	24,0
9-12 лет	13	26,0
13-14 лет	13	26,0

Результаты и их обсуждение. Из таблицы следует, что больше половины детей (в среднем 52,0 %) составляют дети старшего возраста. В результате проведенного исследования установлено, что причинами развития туберкулеза у детей являлись: социальные (неблагополучные социально-бытовые условия, малообеспеченность – 74%, плохие жилищные условия - 46%, мигранты – 6%); медико-биологические (рецидивирующие заболевания верхних дыхательных путей, патология ЛОР – органов в 66%); эпидемические (контакт с больным туберкулезом в 52% случаев, преимущественно тесный, семейный). Среди заболевших туберкулезом детей вакцинированных БЦЖ были 96%, так как ко времени повторной прививки (в 6-7 лет) большинство из них уже были инфицированы. Ревакцинированные дети к моменту заболевания в 66% случаев тоже были уже инфицированы микобактериями туберкулеза (МТ). Вопрос необходимости второй ревакцинации требует дальнейшего изучения с позиции доказательной медицины, так как, с одной стороны большинство детей в этом возрасте уже инфицированы МТ(66%), а с другой – 1/3 детей не инфицированы, и при возникновении заболевания в половине случаев у них развиваются осложненные формы туберкулеза.

При анализе полученных данных установлено, что 30 (60%) детей выявлены при постановке пробы Манту с 2ТЕ, хотя среди детей этот метод остается основным. Между тем при обращении к врачу выявлялся 20 (40%) больных с жалобами на кашель (76%), слабость (64%) и повышение температуры (60%), потерю веса (54%), боли в грудной клетке(40%), одышку (20%). Начало заболевания у большинства больных (72%) было постепенным. Процесс чаще локализовался справа (54%), двустороннее поражение было в 18%.

В структуре клинических форм туберкулеза встречается туберкулез легких 18 случаев (36%), а внелегочный туберкулез – 32 (64%). Из всех случаев туберкулеза преобладает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 42%, инфильтративный туберкулез составляет 24%, туберкулезный плеврит – 20%, первичный туберкулезный комплекс –8% , очаговый, диссеминированный туберкулез и туберкулез костей и суставов по 2%. Наличие деструкции: инфильтративный туберкулез в фазе распада 5 случаев – 10%.

Таблица 2 - Клинический состав туберкулеза у детей с впервые выявленным туберкулезом

Клинические формы	Абс.	%
Первичный туберкулезный комплекс	4	8,0
Очаговый туберкулез	1	2,0
Инфильтративный туберкулез	12	24,0
Диссеминированный туберкулез	1	2,0
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	21	42,0
Туберкулезный плеврит	10	20,0
Туберкулез костей и суставов	1	2,0

При анализе полученных данных установлено, что только 60% больных выявлены при постановке пробы Манту с 2ТЕ, между тем 40% выявлялся при обращении к врачу. Следует помнить, что ведущим методом выявления туберкулеза у детей является туберкулинодиагностика, проведение которой позволяет



вовремя выявить неосложненные формы туберкулеза. Поэтому необходимо повышать ответственность врачей первичной медико-санитарной помощи в раннем выявлении туберкулеза и усилить мероприятия по профилактике туберкулеза среди детей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков // Учебное пособие М. 2007 .
2. Серикбаева К.С. Проблемы туберкулеза у детей и подростков в РК // 1 Конгресс фтизиатров Казахстана: Сб.тр. Алматы, 2004.- С.12-14.

#### **ТҮЙІН**

- Нуранова Н.Т.** - Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының терапиялық пәндер кафедрасының ассистенті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Серхожаева Т.Х.** - Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының терапиялық пәндер кафедрасының ассистенті, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Байдеуов Ж.Т.** – Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің емхана меңгерушісі, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Атемов Т.А.** – Облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің бағалау және мониторинг тобының үйлестірушісі, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### **БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ АЛҒАШ РЕТ АНЫҚТАЛҒАН ТУБЕРКУЛЕЗГЕ КЛИНИКАЛЫҚ СИПАТТАМА**

Балалар арасындағы алғаш рет анықталған туберкулезге клиникалық сипаттама. Балалар арасында туберкулезді, оның ішінде асқынбаған түрлерін ерте анықтаудың негізгі әдісі туберкулинодиагностика болып табылады. Сол себепті бастапқы медик-санитарлық көмек көрсету дәрігерлерінің дер кезінде анықтауға және инфекцияның алдын-алу шараларын күшейтуге жауапкершіліктерін арттыру қажет.

**Кілт сөздер:** туберкулез, клиника, алғаш рет анықталған, эпидемия, туберкулинді сынама

#### **SUMMARY**

- Nuranova N.T.** - Assistant of the Department of therapeutic disciplines South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan
- Serhozhaeva T.H.**- Assistant of the Department of therapeutic disciplines South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan
- Baydeuov Z.T.** - Head of the clinic Regional TB Dispensary, Shymkent, Kazakhstan
- Atemov T.A.** - Coordinator of the Monitoring and Evaluation Unit of the Regional TB Dispensary, Shymkent, Kazakhstan

#### **CLINICAL CHARACTERISTICS OF NEWLY DIAGNOSED TUBERCULOSIS IN CHILDREN**

The leading method of detecting TB in children is the tuberculin, conduct which allows time to identify the uncomplicated forms of tuberculosis. It is the fore necessary to – exceeds the responsibility of doctors of primary health care in the early detection of tuberculosis and to strengthen measures for preventing tuberculosis among children.

**Key words:** tuberculosis, clinic, first identified, the epidemic, tuberculin.

УДК 616-002.5-053.6

**П.К.Бердалиев, З.Е.Жолдыбекова, Л.А.Суюнтаева**

Городской противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Республика Казахстан [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

#### **ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ ПО ГОРОДУ ШЫМКЕНТУ**

#### **АННОТАЦИЯ**

Цель работы: изучить динамики заболеваемости, ее патоморфоза, возрастной структуры и своевременности выявления туберкулеза у подростков зарегистрированных в 2012-2014г. Ежегодная профилактическая флюорография для подростков должна проводиться в обязательном порядке. Заболевание туберкулезом было выявлено нами у 91,1% пациентов в период прохождения ими профилактического осмотра. По нашим данным сейчас отмечается тенденция снижения заболеваемости с 75,4 случаев до 51,2 случая на 100 тысяч населения. В процессе структуризации клинических форм данного заболевания преобладает инфильтративный туберкулез легких - 78,0%, из них в фазе распада - 31,8%, с бактериовыделе-

нием - 25,0%. Нас настораживает тот факт, что девушки в отличии от юношей болеют чаще, что может серьезно повлиять на деторождаемость в регионе и на казахстанский институт материнства в целом.

**Ключевые слова:** туберкулез подростков, заболеваемость, лечение, профилактика.

Туберкулез на современном этапе является важной проблемой здравоохранения как в Республике Казахстан, так и в Южно-Казахстанской области. В этих условиях актуальность вопроса о заболеваемости туберкулезом среди подростков не вызывает сомнений. Инфицированность и заболеваемость подростков являются объективными показателями эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе. Задачи профилактики, своевременного выявления и лечения туберкулеза у подростков в условиях стабильной эпидемиологической обстановки имеют важное значение, так как качество этой работы в современных условиях будет определять резервуар туберкулезной инфекции в будущем.

Методы и материалы. Нами проведен анализ заболеваемости и эффективности лечения среди подростков, ретроспективно изучены амбулаторные карты и истории болезни подростков получивших лечение в детско-подростковом отделении ГПТД г.Шымкента за 2012-2014 годы. Выявление профилактическим флюорогра-фическим осмотром составляет 91,1%, и по обращаемости 8,9%. По годам в абсолютных цифрах количество больных туберкулезом подростков составило: 23- 2012г, 16- 2013г, 17- 2014г.

Таблица 1 - Динамика заболеваемости туберкулезом среди подростков

Показатели	Годы		
	2012	2013	2014
Население	30495	32400	33200
Заболеваемость	23	16	17
На 100 тыс населения	75,4	49,4	51,2

Из таблицы 1 следует, что заболеваемость туберкулезом среди подростков имеет тенденцию к снижению с 75,4 до 51,2 на 100 тыс населения. За последние 3 года заболело 32 девушки (57,0%) и 24 юноши, что составляет 43,0%. Юные девушки болеют чаще чем юноши, что нас и настораживает, так как они являются будущими матерями.

Таблица 2 - Уровень организованности заболевших подростков

Показатели	Годы					
	2012		2013		2014	
Учащиеся средних школ	13	56,5%	8	50%	8	47%
Учащиеся колледжей	7	30,4%	5	31,2%	5	29,4%
Студенты Вузов	2	8,6%	-	-	1	5,8%
Не организованные	1	4,2%	3	18,7%	3	17,6%
Всего	23		16		17	

Среди первичных больных 15 лет 9, 16 лет 23, 17 лет 24. Наибольший процент заболевших подростков туберкулезом приходится на 16-17 лет, это связано с усиленными нагрузками в школе 11 классников и студентов колледжей которые поступили в новые учебные и трудовые коллективы, столкнувшиеся с адаптационными факторами окружающей среды, нарушение привычного образа жизни, полный или частичный отрыв от семьи способствует изменению нервно-психической деятельности подростка и снижению защитных сил организма. По социальному составу среди выявленных больных подростков на долю школьников приходится 51%, на студентов колледжей 30%, на студентов ВУЗ-ов 5,3%, не организованные 12,5%. Несмотря на имеющееся сокращение заболеваемости за последние 3 года, не отмечается улучшение патоморфоза выявляемого туберкулеза.

Из таблицы 3 видно, что происходит утяжеление клинических форм выявляемого туберкулеза. Отмечается рост заболеваемости инфильтративного туберкулеза с 15 до 16 случаев. Инфильтративный туберкулез эпидемиологически опасная форма, и в 60% случаев заболевания характеризуется ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей распада и бактериовыделениями, что чаще всего приводит к инвалидизации.

Больные получали лечение в режиме 1 категории 38 подростков. Длительность лечения составила 6-8 месяцев. Продление курса лечения на 1-2 месяца проводилась с учетом распространенности процессов, наличие сопутствующих заболеваний. Из первичных больных переведены в 4 категорию 15 больных, что составляет 26,7%. По результатам лечения абацилирование наступило в 100% случаев, закрытие полостей распада достигнуто 85%. Сроки закрытия полостей распада варьировали от 2-х до 12 месяцев. Среди

наблюдавшихся больных рецидивы заболевания наступило у 3-х подростков. Основными причинами рецидивов: неаккуратный прием препаратов во время лечения, гормональная перестройка организма подростков. Отмечается рост больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза с 3 в 2012г до 8 в 2014 году.

Таблица 3 - Клинические формы туберкулеза

Клинические формы туберкулеза	Годы		
	2012	2013	2014
Очаговый туберкулез легких	3	1	-
Инфильтративный туберкулез	15	13	16
Диссеминированный туберкулез легких	1	-	-
ТВГЛУ	-	-	-
Плеврит	4	2	1
Мозговых оболочек и ЦНС	-	-	-
Костей и суставов	-	-	-
Периферических лимфоузлов	-	-	-
Всего	23	16	17
в фазе распада	4	4	6
МБТ+	5	2	4
Рецидивы	1	1	1
Зарегистрированные больные по 4 категории	3	4	8

По данным ВОЗ ежегодно регистрируются полмиллиона новых случаев заболевания МЛУ ТБ. Доказано, что строгое соблюдение принципов стратегии DOTS позволяет предотвратить развитие лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью является глобальной проблемой современности. Несмотря на то, что у большинства больных микобактерии туберкулеза являются чувствительными к действию противотуберкулезных препаратов первого ряда, устойчивые штаммы представляют серьезную опасность для эффективной работы национальных противотуберкулезных программ в целом.

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

**Выводы:** Необходимо ежегодное 100% флюорографическое обследование подростков для выявления туберкулеза на ранних стадиях заболевания, кардинальные меры по улучшению клинической диагностики туберкулеза у подростков в общей сети, обратить внимание на рациональное питание, правильное формирование режима труда и отдыха. Оказание социальной и материальной помощи заболевшим туберкулезом подростков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Король О.И. Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков //СПб.-2005.-С.-11.
2. Бутимбаева Г.М. Клинико-социальная характеристика туберкулеза у подростков южного региона Алматинской области // Фтизиопульмонология – 2010 - №2 - (17) – С. 9-11.
3. Ильина Г.П Туберкулез сегодня: материалы V II Российского съезда фтизиатров – М. 2003 - С-167-168
4. Ермагамбетова М.Д. Туберкулез у подростков в Таразе Жамбылской области за 2008-2010гг.// Фтизиопульмонология 2011г №1 (18) с 29-32.

#### ТҮЙІН

**П.К.Бердалиев, З.Е.Жолдыбекова, Л.А. Суюнтаева**

Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

#### ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ

Мақалада Шымкент қаласы бойынша 2012-2014 жылдар аралығында туберкулезбен тіркелген 56 жасөспірімнің ауру тарихы мен амбулаторлық карталары қаралып, зерттеліп туберкулезге шалдығу көрсеткішіне сараптама жасалған. Жүргізілген сараптамалар бойынша Шымкент қаласында жасөспірімдер арасында туберкулезге шалдығу көрсеткіші 100 мың халық санына 75,4 тен 51,2 ге төмендегенмен,

туберкулездің инфильтративті түрінің жиі кездесуі (78,0%), оның ішінде өкпе ыдырау қуысымен 31,8%, туберкулез таяқшасын бөлетіні 25,0% құрайды. Жасөспірімдерді анықтауда профилактикалық флюорографияның маңызы зор, оның дәлелі жасөспірімдердің 91,1% осы әдіспен анықталып отыр. Ер балаға қарағанда қыз балалардың жиірек ауыратындығы бізді алаңдатады, себебі, олар болашақ аналар.

**Кілт сөздер:** Жасөспірімдер туберкулезі, аурушандық, емдеу, алдын алу.

## SUMMARY

**P.K.Berdaliev, Z.E.Zholdybekova, L.A.Suyuntaeva**

Municipal Anti-tuberculosis Dispensary Shymkent City, Republic of Kazakhstan [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

### THE INCIDENCE OF TUBERCULOSIS IN ADOLESCENTS SHYMKENT

That article focused on the basic principles of prevention against tuberculosis spreading over the region and Kazakhstan whole. We consider that the annual fluorography prevention for adolescents should be mandatory. Tuberculosis was revealed by us in 91,1% of patients during the period of their routine inspection. According that fact there is a keep a tendency to reduce the incidence of 75,4 cases to 51,2 cases per 100 thousand population. In the process of structuring the clinical forms of the disease prevails infiltrative pulmonary tuberculosis – 78,0% of them are in a phase of decay – 31,8%, with a smear – 25,0%. We are concerned by the fact that girls, unlike the boys get sick more often, which could seriously affect the reproductive capacity of the region and the Kazakhstan Institute of motherhood in general.

**Key words:** Tuberculosis adolescents, morbidity, treatment, prevention.

УДК 616-002.5:616.98

**Бердалиев П.К.** - главный врач, Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Жолдыбекова З.Е.** - заместитель главного врача, Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

**Заварницына Е.В.** - городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Республика Казахстан, [gugortub@mail.ru](mailto:gugortub@mail.ru)

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТБ/ВИЧ

### АННОТАЦИЯ

С целью изучения клинико-эпидемиологических показателей у больных ТБ/ВИЧ за период 2012-2014 годы проанализированы 112 больных туберкулезом и ВИЧ среди пролеченных в городском противотуберкулезном диспансере и состоявшие на диспансерном наблюдении. Для ранней и своевременной диагностики туберкулеза среди ВИЧ инфицированных необходимо усилить приемственность межведомственных служб, как по туберкулезу так и по ВИЧ/СПИД. Повышение эффективности лечения в данном случае может быть достигнуто повышением приверженности пациента к лечению, полным обеспечением противотуберкулезными препаратами и патогенетической терапии совместно с раннем назначением антиретровирусная терапии (АРТ).

**Ключевые слова:** туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, ВИЧ, смертность.

Туберкулез остается одной из основных причин заболеваемости и смертности во многих странах и повсюду в мире представляет собой большую проблему для общественного здравоохранения. Заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, стало в настоящее время одной из главных угроз здоровью населения Земли. По данным ежегодных отчетов ВОЗ число ВИЧ-инфицированных в мире в 2000г 8,7 млн. новых случаев туберкулеза, в том числе в 7-12% это заболевание развилось у ВИЧ-инфицированных. За этот же год от туберкулеза умерло 2,3 млн. человек, из них в 18% случаев при сочетании туберкулеза с синдромом приобретенного иммунодефицита. Туберкулез является основной причиной смерти людей живущих с ВИЧ/СПИДом.

В настоящее время обе эти инфекции туберкулез и СПИД рассматриваются как закономерные спутники. Закономерность подобного сочетания объясняется, прежде всего, преимущественным распространением обоих этих заболеваний среди одних и тех же групп населения заключенных и наркоманов. Лица,

инфицированные одновременно ВИЧ и туберкулезом, подвержены особенно высокому риску: у них ежегодная вероятность развития туберкулеза равна 5-10%, в то время как среди населения в целом подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. По прогнозам ВОЗ, заболеваемость туберкулезом может утроиться, если 10% взрослого населения страны будет инфицировано ВИЧ.

Для достижения поставленной цели нами ретроспективно изучены и проанализированы истории болезни и амбулаторные карты 112 больных находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в ШГПТД с диагнозом ТБ/ВИЧ за период 2012-2014годы (таблица 1). По исследуемым годам за 2012г. выявлены и пролечены 44 больных, за 2013г- 36, 2014-32 больных соответственно (таблица 1).

Таблица 1 - Выявление больных туберкулезом с ко-инфекцией за 2012-2014года

Года	Больные ТБ/ВИЧ	Больные ВИЧ/ТБ	Одновременное выявление ТБ/ВИЧ	Всего больных
2014г	11	12	21	44
2013г	15	11	10	36
2014г	15	6	11	32

Из 112 человек пролеченные и состоявшие на «Д» учете в Шымкентском противотуберкулезном диспансере с диагнозом ТБ/ВИЧ основную долю составили мужчины 93 человек (83%)случаев, женщины 19 человек(17,0%)случаев.

Таблица 2 - Клинические формы туберкулеза ТБ/ВИЧ.

Клинические формы	2012г	2013г	2014г
Инfiltrативный туберкулез	28( 22,3%)	17(15,1%)	24(21,4%)
Диссеминированный туберкулез	8 (7,1%)	11(9,8%)	5(4,4%)
Фиброзно-кавернозный туберкулез	6 (5,3%)	1(0,8%)	
Экссудативный плеврит	1 (0,8%)	6(5,3%)	3(2,6%)
Туберкулез мочеполовой системы		1(0,8%)	
Туберкулез кишечника	1 (0,8%)		
Всего	44 (39,2%)	36(32,1%)	32(28,5%)

Низкий процент экссудативных плевритов, туберкулеза мочеполовой системы, туберкулеза кишечника связан с трудность диагностики и атипичным протеканием туберкулеза у ВИЧ инфицированных на фоне резко сниженного иммунного статуса. В сравнении с 2012г уменьшились запущенные формы туберкулеза: фиброзно-кавернозный туберкулез легких снизился с 5,3% до 0,8%, диссеминированный туберкулез с 7,1% до 4,4%. Это объясняется повышенной настороженностью, раннем выявлении и назначении химиотерапии после подтверждения диагноза «туберкулез», связь с ПМСП и СПИД центром, увеличение охвата флюорографических осмотров по городу Шымкенту, проведение химиопрофилактики, повышение приверженности в лечении пациентов с ТБ/ВИЧ. При этом чаще развиваются типичные формы туберкулеза легких, с преобладанием инfiltrативных процессов 21,4% случаев (таблица 2).

Из таблицы 3 видно, что новые случаи ТБ/ВИЧ с множественной лекарственной устойчивостью составила в 2012г -11,3%, в 2013г-30,5%, в 2014г -15,6 %. Рецидивы из ТБ/ВИЧ в 2012г-15,9%,2013г-25%, 2014г-18,7%. Лекарственно-устойчивые формы туберкулеза из повторных случаев за 2012г-21(47,7%),2013г-4(11,1%),2014г-11(34,3%).Среди больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ выявлены с полостями распада в 2012г-72,7%,2013г-69,4%,2013г-65,6%.Из них основная доля лекарственной устойчивости у больных в ТБ/ВИЧ приходится на рецидивы заболевания и высокий процент.

МБТ+ у больных ТБ/ВИЧ в 2012г-24, что составило (54,5%), 2013г-18человек(50%),2014г-14 (43,7%).

Это происходит как из-за снижения сопротивляемости к первичному или повторному заражению микобактериями туберкулеза (экзогенное заражение), так и в результате реактивации старых остаточных посттуберкулезных изменений и ослабления противотуберкулезного иммунитета (эндогенная реактивация).

Таблица 3 - Лекарственно-устойчивые формы туберкулеза у больных ТБ/ВИЧ.

Года	Количество больных ТБ/ВИЧ												
	Все го	Новый случай				Рецидивы				С полостями распада		МБТ+	
		1 кат	4 кат			2 кат		4 кат					
2012г	44	Абсч-ло	%	Абс. Ч-ло	%	Абс.ч	%	Абсч-ло	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%

		11	25	5	11,3	7	5,9	21	4,7	32	72,7	24	54,5
2013г	36	12	33,3	11	30,5	9	25	4	11,1	25	69,4	18	50
2014г	32	10	31,2	5	15,6	6	18,7	11	34,3	21	65,6	14	43,7
Всего	112	33	29,4	21	18,7	22	19,6	36	32,1	78	69,6	56	50

В период течения ВИЧ/ТБ практически у 50% больных определяется микобактериemia и повышение процента деструктивных форм туберкулеза и наличие резистентной микобактерии туберкулеза при обследовании бактек, G-экпертом, бак. посевом.

В сравнении с 2012-2013г стабилизация новых случаев среди ТБ/ВИЧ, уменьшение процента больных ТБ/ВИЧс лекарственной устойчивостью среди впервые выявленных больных у больных ТБ/ВИЧ. По сравнению с 2012г-2013г незначительное уменьшение деструктивных форм туберкулеза в 2014г-65,6% и стабилизация бациллярности среди больных ТБ/ВИЧ в 2014г-43,7%.

Таблица 4 - Исходы заболевания на фоне лечения АРТ у больных ТБ/ВИЧ.

Исход заболевания на фоне лечения у больных ТБ/ ВИЧ	2012г	2013г	2014г
Лечение завершено	24 (54,5%)	11 (30,5%)	10 (31,2%)
Отрыв от лечения	1 (2,2%)	2 (5,5%)	-
Лечение продолжают	-	2 (5,5%)	12 (37,5%)
Перевод в др. области	1 (2,2%)	-	1(3,1%)
Умершие	18(40,9%)	21(58,3%)	9 (28,1%)
Всего больных ТБ/ВИЧ	44(39,2%)	36(32,1%)	32(28,5%)

За период 2012-2013г увеличилось раннее выявление множественно лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди ВИЧ инфицированных, это связано с повышением качества собранного биологического материала и закуп нового оборудования (молекулярно-генетические методы в диагностике мультирезистентного туберкулеза, эндовидеоторакокоп) и своевременное представление на ЦВКК ТБ МЛУ после одновременного получения результатов ТЛЧ.

АРТ во время лечения противотуберкулезной химиотерапией в 2012г - 23 (52,2%), 2013г – 21 (58,3%), 2014г - 18 человек (56,2%). В сравнении с 2012г-2013г показатель смертности у ТБ/ВИЧ снизился с 58,3% до 28,1%. Это связано с повышением выявления и раннем назначением противотуберкулезной терапии с учетом теста лекарственной чувствительности и совместном назначении АРТ терапии, повышение приверженности к лечению пациентов среди ТБ/ВИЧ особенно в ПМСП (на амбулаторном этапе лечения), проведения качественного контролируемого непрерывного лечения химиопрепаратами, своевременность получения результатов бактериоскопии и ТЛЧ, и назначение химиотерапии с соблюдением дозировки( на кг массы тела больного), устранение процента отрыва от лечения, устранение необоснованных перерывов в лечении и нерегулярность приема спец.препаратов, обеспечение полным набором качественных химиопрепаратов с условиями хранения на вес курс лечения больных ТБ/ВИЧ.

Высокая летальность у больных ТБ/ВИЧ за период 2012г- 40,9%, 2013г - 58,3% не связаны с безуспешностью противотуберкулезной химиотерапии. В значительном числе случаев это объясняются развитием другой оппортунистической инфекции (часто от пневмоцистной пневмонии и септического состояния), терминальной стадии СПИДа когда прогноз остается неблагоприятным, отказом больных от АРТ терапии, отрыв от противотуберкулезной терапии (таблица 4).

Таким образом, из всех заболевших ВИЧ/ТБ в городе Шымкент большую часть составили мужчины 93(83%). Основным путем передачи ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных ТБ/ВИЧ по городу является парентеральный при введении наркотиков в **96,8%** случаев. У больных ТБ/ВИЧ преобладают инфильтративные процессы 21,4%, с распадом легочной ткани 69,6% случаев и с бактериовыделением в 50% случаев. За период 2012-2014г увеличилось раннее выявление множественно лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди ВИЧ инфицированных.

В период течения с 2012-2014г у рецидивных больных ТБ/ВИЧ практически у 50% случаев больных определилась микобактериemia и уменьшение процента деструктивных форм туберкулеза 69,6%. Наблюдается снижение рецидивов из ТБ/ВИЧ в 2014г -18,7%. Среди больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ выявлены с полостями распада в 2012г-72,7%,2013г-69,4%,2013г-65,6%. По сравнению с 2012г-2013г незначительное снижение бациллярных больных ТБ/ВИЧ в 2014г-43,7% и уменьшение полостей распада в 2014г до 43,7%.Стабилизация новых случаев ТБ/ВИЧ с множественной лекарственной устойчивостью составила в 2014г-15,6 %.

Стабильно выявляемые формы лекарственно-устойчивого туберкулеза из повторных случаев за 2014г-34,3%. Высокие показатели летальных исходов за период 2012г-2013г у больных СПИДом не связаны с безуспешностью противотуберкулезной химиотерапии. В значительном числе случаев это объясняется развитием другой оппортунистической инфекции (часто от пневмоцистной пневмонии и септического состояния), терминальной стадии СПИДа когда прогноз остается неблагоприятным, отказом больных от АРТ терапии, отрыв от противотуберкулезной терапии и миграция больных. Снижение летальности в 2014г связано с раннем выявлением и назначением противотуберкулезной терапии с учетом теста лекарственной чувствительности и совместном назначении АРТ терапии. Незначительно увеличился охват АРТ терапией во время лечения противотуберкулезной химиотерапией в 2014г-18 человек (56,2%).

Таким образом, проблема ТБ/ВИЧ в туберкулезной службе не только сохраняет свою актуальность, но и становится более острой, что заставляет выявлять новые методы диагностики и лечения и проводить своевременную профилактику среди факторов риска по ТБ/ВИЧ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан //Фтизиопульмонология. 2012. -№2 (21). – С. 4-7.
2. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК//Фтизиопульмонология – 2012.-№1 (20).- С. 4-6.
3. Скребцов Б.А., Дауитов Т.Б., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Абдирова С.Ж., Бектимир Т.К. Причины инвалидности вследствие туберкулеза и резервы ее снижения// Фтизиопульмонология. – 2012.-№ 2 (21). - С.27-29.
4. Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология- 2012- №1(20) - С.53-54.

#### ТҮЙІН

**Бердалиев. П.К.** - Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, бас дәрігері, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ, gugortub@mail.ru.

**Жолдыбекова З.Е.** - Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, бас дәрігерінің орынбасары, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ, gugortub@mail.ru.

**Заварницына Е.В.** - Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, дәрігер-фтизиатры, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### ТБ/ АИВ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Клинико-эпидемиологиялық көрсеткіштерді анықтау мақсатында 2012-2014 жылдар аралығында қалалық туберкулезге қарсы диспансерде емделген және диспансерлік бақылауда тұрған 112 науқас ТБ/ВИЧ науқас анықталды. Өз уақытында, туберкулезді диагностикалау үшін АИВ инфекцияланғандар арасында ведомстваралық қатынасты күшейту керек. Ем нәтижелі болу үшін туберкулезге қарсы препараттар және патогенетикалық терапияны АРТ терапиямен бірге ерте Кілт сөздер: Туберкулез, көптеген дәрілерге тұрақтылық, АИВ, өлім.

**Кілт сөздер:** Туберкулез, көптеген дәрілерге тұрақтылық, АИВ, өлім.

#### SUMMARY

**Berdaliev P.K.** - the chief doctor of the city anti-tuberculosis dispensary. The Republic of Kazakhstan, Shymkent, gugortub@mail.ru.

**Z.E. Joldibekova**, Tuberculosis deputy chief physician of the city of the Republic of Kazakhstan, Shymkent, gugortub@mail.ru.

**Zavarnitsina E.V.** - City Tuberculosis TB doctor The Republic of Kazakhstan, Shymkent, gugortub@mail.ru.

#### KLINIKO-EPIDEMIOLOGICHESKIE OF FEATURE OF TUB/VICH

For the purpose of studying of kliniko-epidemiological indicators at patients of TUB/VICH during a 2012-2014 years 112 patients with tuberculosis and VICH among treated in a city antitubercular clinic and consisting on dispensary supervision are analysed. For early and timely diagnosis of tuberculosis among the VICH infected it is necessary to strengthen continuity of interdepartmental services, both on tuberculosis and on VICH/SPID. Increase of efficiency of treatment in this case can be reached by increase of commitment of the patient to treatment, full providing with antitubercular preparations and pathogenetic therapy together with early appointment a therapy ART.



**Key words:** tuberculosis, multidrug resistance, HIV, and death.

УДК 616-002.5

**Сарыпбекова Д.М.** – участковый врач фтизиатр, Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Казахстан, [Raxima@mail.ru](mailto:Raxima@mail.ru)

**Алимбекова Э.Е.** – участковый врач фтизиатр, Городской противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент, Казахстан

## **КЛИНИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (обзор литературы)**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье приведены результаты обзора литературы по клиническим проявлениям впервые выявленного туберкулеза легких. Клиника впервые выявленного туберкулеза легких протекает с выраженным экссудативным компонентом, отличается интенсивной интоксикацией, обсеменением, казеификацией, наличием обширных деструкций, экссудативного плеврита, но в тоже время быстрой динамикой регрессии инфильтративно-очаговых изменений под влиянием лечения.

**Ключевые слова:** туберкулез, впервые выявленный, диагностика, клиника, лечение.

Неблагополучная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в последние годы отмечается во всем мире. В Казахстане в последнее время отмечается снижение заболеваемости туберкулезом с 153,2 на 100 тысяч населения в 2000 году до 66,4 в 2014 году, а смертности с 26,4 на 100 тысяч до 4,7 в 2014 году, соответственно. Тем не менее, эпидемиологическая ситуация остается напряженной из-за роста распространенных, мультирезистентных и деструктивных форм заболевания [1, 2, 3, 4].

Рост удельного веса распространенных деструктивных форм туберкулеза с массивным бактериовыделением, быстрой генерализацией процесса связан с поздней диагностикой, недостаточным использованием микроскопии, несвоевременным рентгенологическим обследованием, неверной интерпретацией полученных данных [5,6,7]. Критериями поздней диагностики являются: распространенность процесса, рентгенологически определяемая более чем в 3-5 сегментах легкого при инфильтративном туберкулезе легких, тотальное поражение обоих легких при диссеминированном процессе и сроки диагностики более 14 недель с момента начала заболевания [7, 8].

Несвоевременность диагностики, неполный охват профилактическими осмотрами в Казахстане обуславливают высокий процент деструкций и бактериовыделения - в 32,7% и 104,2% случаях, соответственно, у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, что впоследствии способствует низкой эффективности лечения [9].

В последнее десятилетие в странах СНГ, включая Казахстан, стал чаще встречаться инфильтративный туберкулез с обширными поражениями легких по типу лобита, казеозной пневмонии, фиброзно-кавернозного и диссеминированного туберкулеза [5, 6]. Объединяющими различные клинические формы впервые выявленного агрессивного туберкулеза легких являются: острое начало заболевания, резко выраженный интоксикационный синдром, «грудные» проявления заболевания, которые в различной степени сочетаются: с легочно-сердечной недостаточностью, тенденцией к гиперкоагуляции, сопутствующей неспецифической патогенной флорой, легочными кровотечениями и другими осложнениями [10, 11, 12].

Рост числа запущенных форм среди впервые выявленных больных, распространение поликавернозных процессов и массивное бактериовыделение обуславливают негативный результат: увеличение смертности, особенно в первый год наблюдения [13, 14, 15].

В то же время, в последние годы наметилась тенденция к снижению удельного веса больных инфильтративным туберкулезом среди впервые выявленных с 62,1% до 58,7%. Это можно объяснить тем, что из клинической формы «Инфильтративный туберкулез» выделена как самостоятельное заболевание – казеозная пневмония, которая стала регистрироваться чаще [16].

Характерной общей чертой тяжелых и распространенных форм туберкулеза является: массивное бактериовыделение, выраженный интоксикационный синдром, на фоне вторичного иммунодефицита [7, 9]. Однако, некоторые ученые наблюдали при классической казеозной пневмонии, в большинстве случаев, умеренное бактериовыделение, а массивное всего лишь в 19% случаев [17]. При этом они выделили 4 типа клинического течения: - острейшее прогрессирование у 33% больных в течение 7-20 дней высокая

вероятность летального исхода в течение 2 месяцев; - острое неуклонное прогрессирование у 12 % больных, с высокой вероятностью летального исхода в течение 6-8 месяцев; - острейшее прогрессирование у 15% больных после периода стабилизации от одного до нескольких месяцев; - относительно медленное прогрессирование у 14 % больных, характерное нарастание рентгенологической картины в течение 6 месяцев и более, с несколькими периодами стабилизации.

К остро прогрессирующим формам туберкулеза легких (ОПФТЛ) относится казеозная пневмония, как впервые выявленная, так и осложнившая течение фиброзно-кавернозного и инфильтративного туберкулеза с обширными поражениями легких по типу лобита, диссеминированного туберкулеза с крупно-очаговой бронхолобулярной диссеминацией, тенденцией к быстрому слиянию и формированию множества мелких и средних размеров полостей деструкции.

Казеозная пневмония (КП), характеризующаяся быстротой развития патологических изменений в легких, проявляющаяся выраженной интоксикацией и подавлением иммунологической реактивности организма больного, выделяющего в большинстве случаев лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза (МБТ), трудно поддается лечению [18, 19, 20].

Тем не менее, на сегодняшний день, инфильтративный туберкулез как нозологическая форма продолжает занимать ведущее место в структуре болезненности и заболеваемости туберкулезом. Морфологически при инфильтративном туберкулезе отмечается развитие новых перифокальных изменений вокруг вновь образовавшегося или обострившегося старого фокуса. Одной из особенностей инфильтративного туберкулеза является склонность к распаду. Нередко присоединяется обсеменение, переход в кавернозную или фиброзно-кавернозную формы. Крайним проявлением инфильтративного туберкулеза является его течение по типу казеозной пневмонии с обширным некрозом, распадом и кровотечением вследствие эрозивной деструкции сосудов легких [18, 19, 20, 21].

Классификация особенностей клинического течения туберкулезного процесса основывается на рентгенологических и морфологических особенностях [21, 22, 23, 24]. Между тем, даже у больных с одинаковой клинической формой заболевания наблюдаются самые различные проявления специфического воспаления. Это выражается в своеобразии начала заболевания, распространенности экссудативного компонента воспаления, скорости формирования деструкций в легочной ткани, массивности бактериовыделения.

В этом контексте логичной представляется классификация инфильтративного туберкулеза Хоменко А.Г., согласно которой выделяется два основных варианта его течения: а) прогрессирующий и б) с инволютивным течением специфического процесса [24]. Для первого варианта характерно: острое начало, выраженность «грудных симптомов», постепенно исчезающих к 10-15 дню заболевания. У этой категории больных быстро формируются каверны в легких, заболевание протекает волнообразно с массивным бактериовыделением. При инволютивном течении инфильтративного туберкулеза быстро исчезают симптомы интоксикации, «грудные симптомы» и первые 3 месяца прекращается бактериовыделение [25].

При анализе клинико-рентгенологического течения и исходов впервые выявленного туберкулеза органов дыхания Нечаева О.Б. выделяет 2 типа течения: торпидный и туберкулез легких с выраженным экссудативным компонентом. При торпидном течении инфильтративного туберкулеза наблюдались: малосимптомность, отграничение воспалительных фокусов, развитие склеротических изменений в окружающей легочной ткани, редким нахождением деструкций, замедленной регрессией под влиянием лечения [26].

Таким образом, клиника впервые выявленного туберкулеза легких протекает с выраженным экссудативным компонентом, отличается интенсивной интоксикацией, обсеменением, казеификацией, наличием обширных деструкций, экссудативного плеврита, но в тоже время быстрой динамикой регрессии инфильтративно-очаговых изменений под влиянием лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1 Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан /Под ред. Исмаилова Ш.Ш. - Алматы, 2009.- 68с.
- 2 Хоменко А.Г. Современные тенденции распространения туберкулеза в России //Рус. мед. журн.-1998.-№ 5.- С.121-125.
- 3 Стрелис А.К., Янова Г.В., Петрова Л.Е. и др. Остропрогрессирующий туберкулез – новая категория больных в практике современной фтизиатрии //Пробл. туб. –1999.- № 2.- С.5-7.
- 4 Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Клинические проявления и особенности лечения остропрогрессирующих форм туберкулеза легких в современных условиях // Рус.мед.журн.- 2002.-№ 5.- С.13-17.
- 5 Хоменко А.Г. Туберкулез вчера, сегодня и завтра. //Пробл. туб.- 2010.- № 6.- С.9-12.
- 6 Баласянц Г.С. Остропрогрессирующий туберкулез легких: диагностика, клиника, лечение: автореф. ...д-ра мед. наук: 19.06.00.- СПб., 2000.- 36с.
- 7 Челнокова О.Г., Кибрик Б.С., Маковой Ю.В. Эпидемиология прогрессирующего туберкулеза легких //Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского съезда фтизиатров.-М., 2003.- С.29.
- 8 Мыскин М.А. К вопросу раннего определения туберкулеза органов дыхания //Пробл. туб.- 1977.-№ 3.- С.9-11.

- 9 Белова Е.С., Жумабаев Ш.К., Сыздыкова Н.С. и др. Структура клинических форм туберкулеза легких и их исходы в современных условиях //Вопросы туберкулеза и других инфекционных заболеваний: сб. тр. - Алматы, 2000.- ч.2.- С.26-28.
- 10 Серебрякова В.А., Мишин В.Ю. Особенности клинического течения прогрессирующего туберкулеза легких //7ой-Национальный конгресс по болезням органов дыхания: тез. докл.- М., 1997.- С. 22.
- 11 Хоменко А.Г., Мишин В.Ю. Диагностика и лечение остро прогрессирующих форм туберкулеза //Пробл. туб.-1996.-№ 5.- С. 21-23.
- 12 Хоменко А.Г., Мишин В.Ю., Чуканов В.И. и др. Диагностика, клиника и тактика лечения остро прогрессирующих форм туберкулеза легких в современных эпидемиологических условиях //Пробл. туб. – 1999.- № 1.- С. 22-27.
- 13 Фещенко Ю.И. Эпидемиология туберкулеза в Украине //Новые диагностические и образовательные технологии во фтизиатрии и пульмонологии.- Алматы, 2003.- С.26-27.
- 14 Борщевский В.В., Калечиц О.М., Богомазова А.В. Туберкулез в Беларуси //Новые диагностические и образовательные технологии во фтизиатрии и пульмонологии.- Алматы, 2003.- С.5-6.
- 15 Мишин В.Ю., Ерохин В.В., Чуканов В.И. и др.Казеозная пневмония:Диагностика, клиника,лечение.- М.,2000.- 47с.
- 16 Гавриленко В.С. Клиническая характеристика туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных взрослых больных //Новости науки и техн. сер. мед. вып. Туберкулез /ВИНИТИ.-1998.- № 10.- С.1-3.
- 17 Кибрик Б. С., Челнокова О. Г. Проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения казеозной пневмонии //Пробл. туб.- 2002.-№ 9.- С.18-22.
- 18 Ерохин В.В., Земскова З.С., Уварова О.А. и др. Патологоанатомическая диагностика прогрессирующих форм туберкулеза легких в связи с новой клинической классификацией //Пробл. туб.- 1996.-№ 4.- С.32-37.
- 19 Земскова З.С., Ерохин В.В., Уварова О.А. и др. Танатогенез туберкулеза и патологическая анатомия казеозной пневмонии //Пробл. туб.- 1996.-№ 6.- С.38-41.
- 20 Краснов В.А., Пантелеева А.Г. Клинико-морфологическая характеристика впервые выявленной казеозной пневмонии и ее исходов в условиях современной антибактериальной терапии //Пробл. туб.-1998.- № 6.-С. 29-32.
- 21 Пузик В.И., Уварова О.А., Авербах М.М. Патоморфология современных форм туберкулеза.-М., 1973.-129с.
- 22 Петрунина М.П. Клинико-рентгенологические разновидности инфильтративного туберкулеза легких //Пробл. туб.-1987.-№ 8.- С.24-27.
- 23 Григорян В.Г., Киروشка В.С., Рывняк Л.П. Значение количественного исследования катионных белков нейтрофилов у больных инфильтративным туберкулезом легких //Пробл. туб.- 1990.-№ 3.- С.26-29.
- 24 Хоменко А.Г. Динамика иммунологических показателей у впервые выявленных больных туберкулезом с разной выраженностью туберкулеза //Пробл. туб.-1981.-№ 2.-С.19-24.
- 25 Хоменко А.Г.Туберкулез органов дыхания.- М., 1990.- С.245.
- 26 Нечаева О.Б. Варианты течения туберкулеза легких //Туберкулез – старая проблема в новом тысячелетии: материалы междунар. конф.- Новосибирск, 2002.- С.182-184.

## ТҮЙІН

**Сарыпбекова Д.М.** –Қалалық туберкулезге қарсы диспансері аймақтық фтизиатр, Шымкент қ.,Қазақстан  
[Raxima@mail.ru](mailto:Raxima@mail.ru)

**Алимбекова Э.Е.** – Қалалық туберкулезге қарсы диспансері, аймақтық фтизиатр,Шымкент қ., Қазақстан

### АЛҒАШ РЕТ АНЫҚТАЛҒАН ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКАСЫ (Әдебиет шолу)

Әр түрлі ғылыми мақалаларды сараптау нәтижесінде ғалымдар алғаш рет анықталған өкпе туберкулезі ағымында 2 түрін анықтап отыр: өкпе тінінің шектелген зақымдалуымен қолайлы және өкпеде кең таралған туберкулездің өршу түрі. Сонымен қатар, осы тұрғыда қоздырғыштың биологиялық қасиеттерінің өзгеруімен, дәрілерге тұрақты микобактерии штамм сандарының өсуімен байланысты және белгі бір мөлшерде туберкулездің жедел өршітін түрінің, яғни казеозды пневмонияның дамуына әкелетін туберкулез патоморфозы ескерілуі қажет.

**Кілт сөздер:** туберкулез, алғаш рет анықталған, диагностика, клиника, емдеу.

### SUMMARY

**Sarypbekova Dariga Myrzagalievna** is a district doctor phthisiologist SHGPTD, [Raxima@mail.ru](mailto:Raxima@mail.ru)

**Alimbekova El'mira Ermekovna** is a district doctor phthisiologist SHGPTD

### CLINIC OF THE FIRST EXPOSED WHITE PLAGUE (review of literature)

Thus, the analysis of various scientific publications related to features of the flow of new-onset pulmonary tuberculosis researchers identify two main types of the course: favorable with limited lung lesions and progressive

with a wide spread of tuberculosis in the lungs. At the same time, in this context must be considered pathomorphosis tuberculosis, caused by changes in the biological properties of the pathogen, the increasing number of strains of mycobacteria, multiresistant to drugs, to some extent contribute to the development of acutely progressive forms of tuberculosis, which is a classic manifestation - caseous pneumonia.

**Key words:** the tuberculosis for the first time revealed diagnostics, clinic, treatment.

УДК 616-002.5-074 (574)

**Имнияминова М.Е.** – заведующая клинико-диагностической лаборатории Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера

**Онгарбаева К.Т.** – врач лаборант клинико-диагностической лаборатории Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера

**Саулебекова С.К.** - врач лаборант клинико-диагностической лаборатории Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера

**Тойлыбаева А.А.** - врач лаборант клинико-диагностической лаборатории Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера

**Тажиханов Т.Н.** - врач лаборант клинико-диагностической лаборатории Шымкентского городского противотуберкулезного диспансера

## К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

### АННОТАЦИЯ

Данная статья посвящена современным возможностям этиологической диагностики туберкулеза, направленных на подтверждения наличия возбудителя в диагностическом материале и его характеристику, как видовую принадлежность и спектр лекарственной чувствительности необходимых для своевременной диагностики и лечения туберкулеза.

**Ключевые слова:** туберкулез, лабораторная диагностика, микобактерия туберкулеза.

Этиологическая диагностика туберкулеза должна основываться на действующей нормативной базе, регламентирующей ее деятельность, и направлена на обеспечение доступности обследования для всего населения вне зависимости от географических особенностей мест проживания или социального статуса пациента; быстрой диагностики заболевания и определения лекарственной чувствительности возбудителя; использования методов исследования с доказанной эффективностью с целью наиболее полного удовлетворения требований к качеству диагностики и контроля лечения больных туберкулезом, эффективного мониторинга распространения лекарственно устойчивых форм туберкулеза; высокого качества, экономической эффективности и безопасности лабораторных исследований; устойчивой системы развития этиологической диагностики туберкулеза, в том числе быстрого внедрения и эффективного использования инновационных подходов.

Обнаружение наиболее опасных источников туберкулезной инфекции среди пациентов, обратившихся в лечебные учреждения, а именно больных ТБ легких, в мокроте которых микобактерии определяются методом простой бактериоскопии, является главным компонентом борьбы с туберкулезом. Цель состоит в установлении источника инфекции в обществе, каким является человек, выделяющий большое количество туберкулезных микобактерий. Лечение таких пациентов быстро делает их безопасными для окружающих, благодаря чему разрывается цепочка передачи инфекции. Еще одним преимуществом выявления случаев заболевания становится сокращение времени до начала эффективного лечения, при котором возрастает вероятность излечения.

Основное внимание должно быть обращено на взрослых, обратившихся в лечебные учреждения с жалобами на длительно сохраняющийся кашель. Именно среди них следует проводить скрининг методом бактериоскопического исследования мазков мокроты. Этот метод позволяет с меньшими затратами и более точно, чем метод флюорографии, идентифицировать больных, являющихся распространителями туберкулеза. Бактериоскопия мокроты имеет ряд непосредственных преимуществ по сравнению с посевом. Таким преимуществом является значительно более быстрое получение результатов исследования, которые отражают степень инфекционной опасности больного.

Кроме того, эти результаты позволяют судить как о вероятности летального исхода от туберкулеза, если не будет проведено необходимое лечение, так и о необходимости более интенсивной лекарственной терапии на начальном этапе в связи с особенно высокой бактериальной нагрузкой. Исследование мазков мокроты играет весьма незначительную роль в систематическом выявлении туберкулеза у длительно

кашляющих взрослых в странах с очень низкой распространенностью этого заболевания в связи с низкой экономической эффективностью и высоким риском ложноположительных результатов.

Выявление случаев заболевания с помощью бактериоскопии мазков мокроты у амбулаторных пациентов способно существенно повысить число выявленных источников инфекции. Показателями активности работы по выявлению случаев заболевания служат количество обследованных амбулаторных пациентов, число проведенных бактериоскопий и число обнаруженных источников заражения.

Вместе с этим, микроскопия мазков мокроты играет ключевую роль в мониторинге ответов на химиотерапию больных туберкулезом легких, выделяющих микобактерии. Это исследование следует повторять в конце первого этапа химиотерапии. Если возбудители продолжают обнаруживаться, то сроки интенсивной фазы терапии удлиняются еще на 1 мес. Бактериоскопию мазков следует проводить также во время второго поддерживающего этапа химиотерапии и в конце его, что позволяет судить об излечении туберкулеза. Абациллирование мокроты (конверсия), наступающее на 2–3 месяце химиотерапии, считается хорошим прогностическим показателем. Он определяется по соотношению между числом больных бактериовыделителей в начале лечения, у которых не выявляются КУМ методом бактериоскопии к концу курса химиотерапии, и общим числом больных, начавших лечение.

Этот показатель говорит о возможностях программы удерживать больных на лечении, сбору образцов мокроты, устранению источников инфекции, а также является ранним показателем исхода лечения. Короткие курсы химиотерапии могут быть вполне эффективными у больных, в мазках мокроты которых после 2–3 мес лечения продолжают обнаруживаться кислотоустойчивые микобактерии, не растущие на питательных средах (видимые, но не растущие). В подобных ситуациях имеет место выделение уже мертвых бактерий. Поэтому заключение о неэффективности химиотерапии у больных с продолжающимся бактериовыделением следует давать не ранее чем через 5 мес и более после начала лечения. Исчезновение микобактерий из мазков мокроты в процессе химиотерапии и их отсутствие в конце лечения позволяет считать такого пациента излеченным от туберкулеза. Иногда больному не разъясняют, что представляет собой мокрота и как правильно следует ее собирать. Нужно обязательно рассказать больному, что слюна и отделяемое из носоглотки непригодны для бактериоскопии. Больных следует подбадривать и предоставлять им достаточно времени, чтобы они могли собрать бронхиальную мокроту «из глубины грудной клетки». Им надо предложить сделать несколько глубоких вдохов и откашляться как можно глубже.

Наряду с этим, культуральные методы исследования или методы посева основываются на выращивание микобактерий, содержащихся в патологическом материале, на искусственных средах. С точки зрения бактериолога, можно выделить две главные категории больных. Одна из них - это наиболее опасные в эпидемиологическом плане больные, выделяющие большое количество микобактерий, присутствующих почти в каждой порции мокроты и легко выявляющихся при бактериоскопии ее мазков. Другая, менее опасная, группа больных, выделяющих небольшое количество микобактерий, обнаруживаемых преимущественно методом посева. Больные последней группы могут выделять микобактерии только время от времени.

До тех пор пока туберкулез будет широко распространенным заболеванием, культуральный метод исследования останется второстепенным, а основная роль в его диагностике будет принадлежит бактериоскопии мазков и методам клинико-рентгенологического обследования больных. Посевы должны проводиться при диагностике внелегочного туберкулеза, если имеется возможность получения диагностического материала (например, при туберкулезе периферических лимфатических узлов). Проведение посевов особенно показано у ВИЧ инфицированных пациентов, так как это позволяет существенно сократить число ошибок при диагностике и лечении патологии у них. Посевы также необходимы для определения спектра лекарственной чувствительности возбудителя и контроля за развитием устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

Выявления возбудителя туберкулеза в диагностическом материале необходим для лечения туберкулеза. Все методы диагностики заболеваний можно разделить на прямые, позволяющие выявить непосредственно этиологический агент заболевания и косвенные, которые выявляют последствия воздействия этиологического агента на организм методами традиционные методы микробиологической диагностики (микроскопия и посев) и ПЦР – диагностика, позволяющая определять наличие ДНК возбудителя в диагностическом материале.

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) –молекулярно-генетический метод, позволяющий добиться значительного увеличения (амплификации) малых концентраций определённых (специфичных) фрагментов нуклеиновой кислоты (ДНК/РНК) возбудителя в биологическом материале (пробе) и подтвердить наличие этиологического агента в материале даже при его незначительном количестве. В результате последовательных циклов удвоения специфического фрагмента ДНК возбудителя число копий возрастает экспоненциально, и всего за несколько часов можно получить более 100 млрд. копий. Недостатком метода является то, что обнаружение ДНК не позволяет во всех случаях говорить о наличии живых клеток возбудителя. Поэтому этот метод не рекомендуется для контроля эффективности противотуберкулезной химиотерапии. На начальных этапах развития ПЦР диагностических систем

детекция амплифицированного продукта реакции была связана с этапом электрофореза. Большие количества копий амплифицированной ДНК создавали угрозу перекрестной контаминации образцов в процессе их внесения в гель и загрязнения самой лаборатории. Этим обуславливались жесткие требования к разграничению зон проведения разных этапов теста.

Современные ПЦР-технологии - ПЦР в режиме «реального времени» (Real-Time PCR, ПЦР-РВ) позволяют регистрировать количество специфичного фрагмента ДНК параллельно с его амплификацией. Эта технология позволяет не только выявить ДНК возбудителя в образце, но определить его количество в реальном времени после каждого цикла амплификации. Для этого используют флуоресцентные красители, интеркалирующие в двуцепочечные молекулы ДНК (интеркаляция возможна в случае, если краситель имеет подходящие размеры и химическую природу и может поместиться между основаниями ДНК) или модифицированные дезоксирибонуклеотиды, которые флуоресцируют после гибридизации с комплементарными участками ДНК. Дополнительным преимуществом ПЦР-РВ является отсутствие стадии электрофореза в процедуре исследования, что позволяет минимизировать риск контаминации образцов и лаборатории продуктами ПЦР и таким образом резко уменьшить число ложноположительных результатов. Это снижает требования к организации ПЦР-лаборатории, становятся возможны автоматическая регистрация и интерпретация полученных результатов. Примером автоматизированной системы ПЦР-РВ является катридная технология Gene-XPert, рекомендованная Всемирной организацией здравоохранения для лабораторной диагностики туберкулеза. Эта система позволяет одновременно выявлять ДНК возбудителя в диагностическом материале и подтверждать/исключать наличие мутаций в *groV* гене, приводящих к устойчивости бактерий к рифампицину.

Данные клинических испытаний ПЦР-РТ известны только для Gene-XPert. По результатам мета-анализа диагностическая чувствительность этой тест-системы для диагностики туберкулеза легких составляет 88% (84% -92%), специфичность – 99% - в сравнении с результатами посева на плотные и жидкие среды. Средняя чувствительность для образцов с положительным результатом микроскопии составила 88% (84-92), для образцов с отрицательным результатом микроскопии – 68% (61-74). Данные о клинических испытаниях отечественных тест-систем для диагностики туберкулеза легких найти не удалось.

Данные клинических испытаний Gene-XPert для выявления возбудителя во внелегочных материалах дают среднюю чувствительность, варьирующую от 43,7% для плевральной жидкости до 84,9% - для лимфоузлов (данные мета-анализа,). Применение отечественной ПЦР-РВ тест-системы позволило выявить микобактерии туберкулезного комплекса в 14,6% из 80 больных ВИЧ с симптомами сепсиса, тогда как наиболее эффективные методы посева – в 6,9% образцов. Значительным преимуществом всех методов ПЦР-РВ является малое время оборота теста. Для Gene-XPert это время составляет два часа, время выдачи результата определяется мощностью прибора. Для отечественных тест-систем это время также составляет 4 – 4,5 часа. Среднее время выдачи результата не должно превышать одного рабочего дня.

Таким образом, по результатам анализа многочисленных публикаций, ПЦР-РТ (на примере Gene-XPert) имеет значительно большую чувствительность, чем метод микроскопии, имея сравнимую с ней диагностическую специфичность. Он несколько уступает в чувствительности методу посева, но позволяет получить результат в течение одного рабочего дня. Gene-XPert позволяет с большой вероятностью подтвердить наличие у больного МЛУ туберкулеза.

Культуральные методы исследования или методы посева основываются на выращивание микобактерий, содержащихся в диагностическом материале, на искусственных средах. В случае микобактерий туберкулеза эти методы применяются начиная с первой половины двадцатого века. Микобактерии туберкулезного комплекса характеризуются длительным временем культивирования (до двух и более месяцев), специфическим требованиям к питательным свойствам питательной среды. Длительное время выращивания микобактерий туберкулезного комплекса повышает частоту загрязнения засеянных сред быстрорастущей немикобактериальной флорой. В связи с этим, перед посевом диагностический материал подвергается дополнительной процедуре - деконтаминации. В результате этой обработки убивается большая часть нетуберкулезной флоры, однако при этом гибнет и часть клеток МБТ. Качество проведения этой процедуры существенно влияет на эффективность посева.

Наиболее распространенными средами для выделения МБТК являются среды на основе куриных яиц – среда Левенштейна-Йенсена и более кислые среды Огавы и ФИНН II. Эти среды дешевы, содержат в своем составе малахитовый зеленый, угнетающий рост немикобактериальной флоры. Главным недостатком этих сред является низкая скорость роста туберкулезных микобактерий – до 8 – 10 недель роста, а также относительно меньшая их пригодность для выделения нетуберкулезных микобактерий.

Жидкие среды, и, особенно, среда Миддлбрук 7H9 позволяют уменьшить сроки культивирования микобактерий (среднее время появления роста – 10-14 дней, увеличивают выход туберкулезных и нетуберкулезных микобактерий [17]. Это связано и с более щадящим методом деконтаминации, применяющимся при подготовке образцов для посева в эти среды. Однако использование этих сред приводит к сравнительно большей доле проростов и предъявляет более высокие требования к системе

биобезопасности в лаборатории и квалификации персонала. Кроме того, эти среды имеют большую стоимость, по сравнению с плотными средами.

Жидкие среды применяются в микробиологических автоматических анализаторах. Анализаторы, позволяющие значительно снизить время определения наличия роста микроорганизмов – анализаторы с флуоресцентной детекцией роста. Применение стандартизованных, промышленно изготовленных реагентов и расходных материалов, а также стандартизация условий культивирования и регистрации результатов позволяют снизить вероятность ошибки лабораторного специалиста и повышают культуру труда в бактериологической лаборатории, повышая, в конечном счете эффективность и достоверность исследования. Плотные и жидкие среды могут применяться для исследования любых диагностических материалов, включая бронхо-легочный материал (мокроту, промывные воды бронхов, аспирационный материал, БАЛ, браш-биоптат, биоптат, экссудат и др), биопсийные и операционные материалы (лимфатических узлов, паренхиматозных органов, гной, грануляции, секвестры, фрагменты межпозвоночных дисков и костей кожи, костей), моча, кровь и другие. Наибольшая эффективность метода посева достигается при применении нескольких сред, одна из которых – жидкая.

Эффективность применения различных комплектов сред с учетом времени получения результатов различна для различных материалов. Для бронхолегочных материалов оптимальным является применение среды Левенштейна-Йенсена и среды Миддлбрук 7Н9 с флуоресцентной детекцией роста, для большинства внелегочных материалов – плотные яичные среды Левенштейна-Йенсена и ФИНН II и среды Миддлбрук 7Н9 с применением детекцией роста. Разработаны и селективные жидкие среды для выделения туберкулезных и нетуберкулезных микобактерий из крови. Применение этих методов имеет большое значение, особенно для диагностики этиологии бактериемии у ВИЧ-инфицированных больных. Для посевов мочи в настоящее время рекомендуется только посев на две плотные яичные среды.

Этиологические исследования методом посева требуют дорогостоящего оснащения лаборатории и высокой квалификации ее сотрудников. Стоимость внедрение метода посева в жидкие среды, и особенно автоматических микробиологических анализаторов, также как и стоимость самого исследования, высока. Стоимость посева на яичные среды значительно ниже. Несмотря на это, большая эффективность исследований с использованием жидких сред и флуоресцентной детекцией роста значительное сокращение времени получения результата для большинства бронхо-легочных образцов, обеспечивает стандартизацию процесса и минимизацию влияния на результат «человеческого фактора», повышает достоверность полученных результатов. Все это делает посев в жидкие среды с флуоресцентной детекцией приоритетной технологией исследования для этиологического подтверждения диагноза «Туберкулез».

Несмотря на значительно большие сроки получения результатов методом посева по сравнению с методами ПЦР, на сегодняшний день методы посева имеют большую чувствительность. Кроме того, при посеве диагностического материала удается выделить и культуры нетуберкулезных микобактерий в случае микобактериозов, что не позволяют сделать основанные на выявлении специфичных для микобактерий туберкулезного комплекса фрагментов ДНК ПЦР-методы. Кроме того, культура микобактерий, полученная при посеве диагностического материала, необходима для проведения дальнейшего изучения спектра лекарственной чувствительности микроорганизмов.

Таким образом, обнаружение микобактерий имеет решающее значение не только для диагностики туберкулеза, оно чрезвычайно важно при прогнозировании течения процесса, выборе рациональной схемы лечения и правильной оценке его эффективности.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексный план по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы. – Постановление Правительства РК от 24.09.2013.
2. Старшинова А.А., Павлова М.В., Довгало И.Ф., Журавлев В.Ю.. Иммунологические и молекулярно-генетические методы диагностики туберкулеза. – Инновационные технологии во фтизиатрии и пульмонологии. – Научная сессия ФГБУ СПб НИИ фтизиопульмонологии, 5.04.2013г. – СПб.: 2013. – Доклад-презентация.- 26 с.
3. Васильева Е.В., Вербов В.Н., Тотолян Арег А. Использование теста “QuantiFERON-TB Gold In-Tube” в диагностике туберкулеза легких/ Материалы X съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. – “Инфекция и иммунитет”. – 2012. – № 1-2. – С. 20 – 21.
4. 18-й Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом. – ВОЗ, 2013.
5. Кодекс республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». – 18.09.2009. – №193-IV
6. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. – Утв.Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.
7. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний». – Утверждены постановлением Правительства РК от 12.01. 2012 года № 33



8. О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом. – Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № 218 25 апреля 2011 года
9. О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан. – Приказ МЗ РК № 404 от 17 июня 2011 г.
10. О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 12 января 2012 года № 33 “Об утверждении Санитарных правил “Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний”.- Постановление Правительства Республики Казахстан от 19.06.13г., № 627
11. О внедрении пилотного проекта по расширенному стационарозамещающему лечению больных туберкулезом. – Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12.07.13г № 402.
12. Отчет за 2012 год по выполнению плана “первоочередные меры по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан.- Отчет НП ЦССЭиМ КГСЭН. – 21.02.2013г.
13. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году./ Статистический сборник. – Астана: 2013.
14. Nagada N. Characteristics of a diagnostic method for tuberculosis infection based on whole blood interferon-gamma assay. Kekkaku. – 2006. – 81. – 11. – P. 681-686.
15. Русакова Л.И. Выявление и диагностика туберкулеза на современном этапе.- Москва., Центральный НИИ Туберкулеза РАМН. – 2012. – 30с.
16. Ismail N.A., Baba K., Pombo D., Hoosen A.A. Use of an immunochromatographic kit for the rapid detection of Mycobacterium tuberculosis from broth cultures.- Int. J. Tuberc. Lung Dis, 2009. – 13. – 8. – P. 1045-1047.
17. Требования к стандартам организации по неразрезанному листу для экспресс-теста ТВ на определение туберкулеза. – Bio Focus Co., Ltd
18. Быстрое внедрение диагностического теста Xpert MTB/RIF. Технические и операционные рекомендации; Вопросы практического применения.- ©ВОЗ,2011.
19. Решетников С.С., Гладкова С.Е., Офицеров В.И.. Серологическая диагностика туберкулеза: новая тест-система для серодиагностики туберкулеза. – <http://il.ks.ua/index.html>
20. Черноусова Л.Н. Современные технологии для микробиологической диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза.- Презентация ТВ CARE проекта II. – М.:ФГБУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН,2013. – 48с.
21. А.М. Толемисова, Р.М. Балмахаева. Об инновациях в лабораторной диагностике туберкулеза в республике казахстан. Обзор литературы. Материалы межд. научно-практ. конф. «Инновационные технологии диагностики МЛУ ТБ», Алматы, 2014г.

## ТҮЙІН

- Имнияминова М.Е.** – Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансерінің клиника-диагностикалық зертхана менгерушісі, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Оңгарбаева К.Т.** – Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансерінің клиника-диагностикалық зертхана дәрігер лаборанты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Саулебекова С.К.** - Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансерінің клиника-диагностикалық зертхана дәрігер лаборанты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Тойлыбаева А.А.** - Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансерінің клиника-диагностикалық зертхана дәрігер лаборанты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы
- Тажиханов Т.Н.** – Шымкент қаласы туберкулезге қарсы диспансерінің клиника-диагностикалық зертхана дәрігер лаборанты, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

## ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ЭТИОЛОГИЯСЫН АНЫҚТАУДАҒЫ МӘСЕЛЕЛЕР

Мақала туберкулезді уақытылы анықтау мен емдеу мақсатында зерттеу материалындағы қоздырғышты ажыратып алуға, оны сипаттап және дәрілерге сезімталдығын анықтау үшін туберкулездің этиологиясын анықтаудағы замануи зеттеу мүмкіншіліктерге арналған.

**Кілт сөздер:** туберкулез, зертханалық диагностика, туберкулез микобактериясы.

## SUMMARY

- Imniyaminova M.E.** - Head of the clinical diagnostic laboratory Shymkent city TB Dispensary
- Ongarbaeva K.T.** - Physician assistant clinical diagnostic laboratory Shymkent city TB Dispensary
- Saulebekova S.K.** - Physician assistant clinical diagnostic laboratory Shymkent city TB Dispensary
- Toilybaeva A.A.** - Physician assistant clinical diagnostic laboratory Shymkent city TB Dispensary
- Tazhihanov T.N.** - Physician assistant clinical diagnostic laboratory Shymkent city TB Dispensary

## THE QUESTION ETIOLOGIC DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS

This article deals with the modern capabilities of the etiological diagnosis of tuberculosis, aimed at confirming the presence of the pathogen in the diagnostic material and its characterization as the species of drug sensitivity and range necessary for timely diagnosis and treatment of tuberculosis.

**Key words:** tuberculosis, laboratory diagnostics, mycobacterium tuberculosis.

**Б.Т.Тайшиева** -облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қаласы Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

## КӨП ДӘРІГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҚ АНЫҚТАЛҒАН ТУБЕРКУЛЕЗ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ТІРКЕЛУІ ЖӘНЕ ЕМ НӘТИЖЕСІ

### ТҮЙІН

Зерттеу мақсаты: . Талдау барысында ҚДТ анықталған туберкулез науқастарының ем нәтижесі Бүкіләлемдік денсаулық сақтау ұйымының (БДҰ) стандартына («сауықты» >85%, «сәтсіз ем» <5%, «қайтыс болу» <5%, «ем тәртібінің бұзылуы» <5%) сай еместігін көрсету.

**Кілт сөздер:** туберкулез, ем нәтижелері: «сауықты», «сәтсіз ем», «ем тәртібінің бұзылғаны», «қайтыс болғаны».

Бүгінгі таңда көп дәрілерге тұрақтылық (КДТ) анықталған туберкулез науқастарын емдеу өзекті мәселеге айналып отыр. Өйткені сезімталдығына қарай науқастар 2-3 жыл үздіксіз емделу қажет. ҚДТ анықталған туберкулез науқастардың ем нәтижесін анықтау мақсатында 2008-2012 жыл аралығында тіркелген науқастарға талдау жүргізілді.

Материалдар және әдістері: Талдауда Оңтүстік Қазақстан облысының 2008-2014 жыл аралығындағы 8 форма, ТБ 07, ТБ 08 есептері және туберкулез науқастарының ұлттық регистрі бойынша мәліметтер қолданылды. Шымкент қалалық туберкулезге қарсы диспансерде 2000 жылы ҚДТ анықталған туберкулез науқастарына 60 төсек орын ашылған. 2003 жылы Сайрам облыстық туберкулезге қарсы ауруханаға ауыстырылды. 2009 жылы ҚДТ анықталған науқастарға арналған төсек 140 орынға кеңейтілді, оның 70 МТ(+), 70 МТ(-). 2011 жылы Облыстық туберкулезге қарсы диспансерге ауыстырылып, 170 төсек орын болды, оның 130 МТ(+), 40 МТ(-). Қазіргі таңда ҚДТ тұрақтылық анықталған науқастарға арналған төсек орын: Облыстық туберкулезге қарсы диспансерде 130 МТ(+), 40 МТ(-), Арыс ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерде 75 МТ(-), Отырар ауданаралық туберкулезге қарсы аурухана 50 МТ(-).

Соңғы жылдары дәріге тұрақты туберкулез жыл сайын көбеюде, және олардың толыққанды емделуі өзекті мәселе болып отыр. Бүгінгі таңда дәріге тұрақтылық анықталып екінші және үшінші қатардағы дәрілерді қабылдап жатқан науқастардың көрсеткіші 50,0% жетті (кесте №1).

#### 1-ші кесте - Сезімталдығына қарай белсенді топтағы науқастардың емделуі

Жылдар	Белсенді топтағы науқастардың жалпы саны	Бірінші қатардағы дәрілермен емделіп жатқан науқастардың саны	%	Екінші және үшінші қатардағы дәрілермен емделіп жатқан науқастардың саны	%
2009	3120	2570	82,4	550	17,6
2010	2559	1762	68,9	797	31,1
2011	2161	1262	58,4	899	41,6
2012	2064	1207	58,5	857	41,5
2013	2327	1191	51,2	1136	48,8
2014	2242	1126	50,0	1116	50,0

Жылдан жылға сезімталдығы сақталған науқастар төмендеп, көп дәріге тұрақтылық анықталған науқастардың тіркелуі жоғарылауда. Ем бастағанға дейін сезімталдығы сақталған науқастардың тіркелуі

2009 жылы 90,2% болса, 2014 жылы 75,0% төмендеді, ал дәріге тұрақтылық анықталған науқастардың тіркелуі 2009 жылы 9,8% болса, 2014 жылы 25,0% жоғарылады (кесте №2).

ҚДТ анықталған науқастар ем нәтижесінің барлық көрсеткіштері БДҰ стандартына сай емес. 2008 жылы тіркелген науқастардың сауыққаны 74,7% болса, 2012 жылы 68,2% төмендеген, сәтсіз ем 6,0%-дан 10,7%-ға, қайтыс болғаны 10,7%-дан 13,8%-ға жоғарылаған, ал ем тәртібінің бұзылғаны 8,7%-дан 7,3%-ға төмендегенімен стандарттан жоғары (кесте №3). «Сәтсіз ем», «ем тәртібінің бұзылғаны», «қайтыс болғаны» көрсеткіштері жоғары болғандықтан емнің оң нәтижесі төмен. Туберкулезден емделу курсы 2-3 жыл ұзақ болғандықтан күнделікті ем тәртібін сақтау науқастарға қиынға түседі. Ем тәртібі көбіне емнің жалғастыру фазасында

2 кесте - Сезімталдығына қарай науқастардың тіркелуі

жылдар	Барлық тіркелген науқастардың саны	Емге дейін сезімталдығы сақталған науқастардың тіркелуі	%	Тұрақтылық анықталған науқастардың тіркелуі	%
2009	2898	2611	90,1	287	9,9
2010	3696	3117	84,3	579	15,7
2011	3365	2788	82,9	577	17,1
2012	3358	2665	79,4	693	20,6
2013	3062	2323	75,9	739	24,1
2014	2843	2133	75,0	710	25,0

3-ші Кесте - Екінші қатардағы дәрімен емделген науқастардың ем нәтижесі

жылдар	Ем нәтижесі							
	Сауықты		сәтсіз ем		ем тәртібінің бұзылғаны		қайтыс болғаны	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2008	112	74,7	9	6,0	13	8,7	16	10,7
2009	195	67,9	37	12,9	15	5,2	40	13,9
2010	354	74,4	40	8,4	29	6,1	53	11,1
2011	193	67,7	29	10,2	25	8,8	38	13,3
2012	395	68,2	62	10,7	42	7,3	80	13,8

Жылдан жылға ҚДТ анықталған науқастар арасында жаңа жағдайдың өскенімен, олардың ем нәтижесі қайталанған науқастарға қарағанда туберкулезден «сауықты» көрсеткіші жоғары, ал «сәтсіз ем» және «қайтыс болу» көрсеткіштерінің төмен (кесте №4). Әрине ҚДТ анықталған жаңа жағдайдың көбеюі инфекциялық бақылаудың төмен екенін көрсетеді, және бір себебі дер кезінде анықтау тәсілі жақсарды, яғни 2013 жылы мамыр айынан бастап туберкулез микобактериясы жылдам (2 сағат) анықталатын молекулярлы-генетикалық тексеру жүргізілуде.

4 кесте - Жаңа және қайталанған жағдайдың ем нәтижелерін салыстыру

жыл	Жаңа жағдай								Қайталанған жағдай							
	сауықты		сәтсіз ем		қайтыс болғаны		ем тәртібінің бұзылғаны		Сауықты		сәтсіз ем		қайтыс болғаны		ем тәртібінің бұзылғаны	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2008	19	82,6	1	4,3	0	0,0	3	13,1	81	70,4	8	7,0	16	13,9	10	8,7
2009	40	80,0	6	12,0	1	2,0	3	6,0	143	66,8	26	12,1	36	16,8	9	4,3
2010	79	84,0	5	5,3	5	5,3	5	5,4	256	75,1	27	8,0	40	11,7	18	5,2
2011	49	86,0	1	1,7	6	10,6	1	1,7	125	63,1	24	12,1	29	14,6	20	10,2

2012	105	77,8	3	2,2	16	11,9	11	8,1	288	65,3	58	13,2	64	14,5	31	7,0
------	-----	------	---	-----	----	------	----	-----	-----	------	----	------	----	------	----	-----

Қорытынды: ҚДТ анықталған науқастар арасында ем нәтижесінің барлық көрсеткіштері БДҰ стандартына сай еместігінің негізгі себебі - туберкулезден емделу курсы 2-3 жыл ұзақ болғандықтан күнделікті ем тәртібін сақтау науқастарға қиынға соғатындығы. Ем тәртібі көбіне жалғастыру фазасында өтуіне байланысты, медициналық мамандарының тарапынан дәрілерді тікелей қадағалауда ішкізілуі толық орындалмай отыр. Тұрақты туберкулезбен сырқаттанған науқастардың арасында емнің жоғары нәтижелігі – ем алдымен, емге науқастарды дұрыс іріктеу, олардың емге тартымдылығын анықтау және ем алдында психологиялық дайындау болып табылады.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. «Сборник научных статей по проблеме туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ)» Проект по лечению МЛУ ТБ (ДОТС-плюс) Томск-Россия 2004, С.11.
2. Аблазин А.А., Пазылхаирулы Т., Шарипова М.А., «Исходы лечения больных с полирезистентной формой туберкулеза легких, пролеченного в режиме ДОТС плюс» Фтизиопульмонология №2 (8) 2005г ст.85-89.
3. Приказ МЗ РК №723 от 07.12.2007г «Об утверждении Инструкции по ведению больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью» Алматы 2008г.
4. Г.С.Еркенова – Казахский Национальный Медицинский университет им. Асфендиярова, г.Алматы.

#### АННОТАЦИЯ

**Б.Т.Тайшиева** –областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

#### РЕГИСТРАЦИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО - УСТОЙЧИВОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА.

В статье указаны результаты лечения больных туберкулезом и даны сравнительные характеристики излечиваемости при новых случаях и при рецидивах. При соблюдении принципов химиотерапии при невыраженных, необширных поражений легких отмечается хорошая эффективность лечения как среди впервые выявленных больных, так и рецидивов высокая эффективность лечения препаратами второго ряда зависит от правильного отбора больных, их приверженности к лечению и психологической подготовки до начала лечения. Основным требованием в лечении является длительность химиотерапии, как минимум 2-3 года. Из-за нарушений принципов химиотерапии эффективность лечения больных ТБ МЛУ не соответствует стандартам ВОЗ

**Ключевые слова:** туберкулез, исходы лечения: «вылечен», «лечение завершено», «нарушение режима химиотерапии», «умер».

#### RESUME

**В. Т. Taishyeva** - regional antituberculous clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)  
Multi-drug resistance (MDR) TB patients the analysis of the results

The aim of the research: Today, multi-drug resistance (MDR) TB patients identified has become a topical issue. Because of the sensitivity of patients to be 2-3 years of continuous treatment. In order to determine the outcome of the treatment of patients with multidrug-resistant tuberculosis identified analysis of patients registered in the period 2008-2012. During the analysis of the results of the treatment of MDR-TB patients identified by the World Health Organization (WHO) standard ("healthy" 85%, "treatment failure" <5%, "death" <5%, "the violation of the order of treatment," <5%) are not.

**Key words:** tuberculosis, healthy", "treatment failure", "death", "the violation of the order of treatment".

ӘОЖ 616.24-002.5 : 369.223.23(574.5)

**Ошахбаев А.М.** - Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясы бас дәрігері, «Балықшы» ауылы, Түлкібас ауданы, Оңтүстік Қазақстан облысы, ҚР

**Тлемисова Д.Н.** - Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясы фтизиатр дәрігері, «Балықшы» ауылы, Түлкібас ауданы, Оңтүстік Қазақстан облысы, ҚР ОҚО БОЙЫНША ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ САНАТОРИЯЛЫҚ ЕМНІҢ МАҢЫЗЫ

### АННОТАЦИЯ

Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясының комплексті емдеудегі нәтижелігін анықтау мақсатында 2012-2014 жылдар аралығындағы ретроспективті түрде I категориямен емделген 892 науқастардың медициналық карталарына сараптама жасалды. Туберкулез науқасын емдеудегі бақылау санатория жағдайында сапалы жүргізіледі. Амбулаторлық емге жақсару нәтижесімен және емін толық аяқтады нәтижелері 94,2% науқастарда анықталды. Этиотропты химиотерапия мен қатар патогенетикалық ем, симптоматикалық, физиотерапия, массаж, фитотерапия, емдік жаттығулар жиынтығы, саумалы күніне 2 рет, толыққанды тамақтану, таза ауа жалпы емнің нәтижелігін арттырды. Науқастарда емнен кейін қалдықты өзгерістері шектеліп, рецидив болмауына ықпал жасайды.

**Кілт сөздер:** туберкулез, санаторий, санаториялық ем қабылдақан науқастар, емдеу.

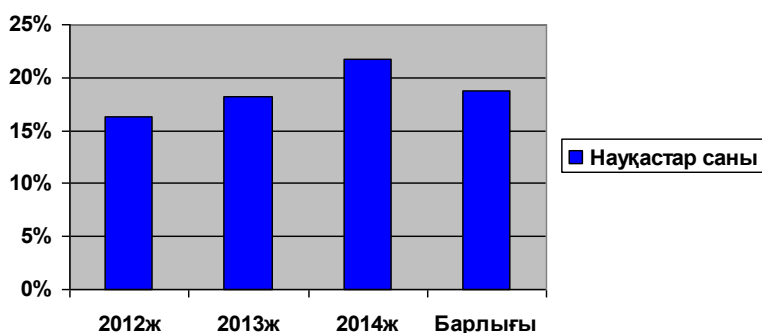
Ежелгі дәрігерлер де туберкулезді емдеудегі климаттық және табиғи емдік факторларды дұрыс қолдану, толық қанды тамақтану, тиімді іс әрекеттің қолайлы нәтижесін білетін. Қазіргі таңда туберкулезді емдеу комплексті болуы тиіс, яғни этиотропты, патогенетикалық бағыттар, сондай ақ санатория жағдайындағы сауықтандыруды талап етеді.

Туберкулезге қарсы ем ұзақ уақытқа созылады, сонымен қатар ол шыдамдықты, қайсарлықты, дәрігердің тағайындаған емін бұлжытпай орындауды қажет етеді. Оңтүстік Қазақстан облысы осы ем тек облысық мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясында жасалынады. Онда науқастарға туберкулезге қарсы этиотропты препараттармен қатар, көрсетіліміне сәйкес патогенетикалық, симптоматикалық, әр түрлі физио ем шаралар, фитотерапия, емдік жаттығулар жиынтығы тағайындалады.

Жұмыс мақсаты - Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясының комплексті емдеудегі нәтижелігін анықтау.

Деректер мен материалдар. Қойылған мақсатты орындау үшін Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясының 2012-2014 жылдар аралығындағы ретроспективті түрде I категориямен емделген 892 науқастардың медициналық карталарына сараптама жасалды.

Алынған нәтижелер бойынша көрсетілген уақыт ішінде барлығы 892 науқастың 321 - 2014жылы, облыс бойынша IA топта тіркелген науқастардың 21,7 % құрайды, 288 – 2013жылы 18,2 % , 283 16,3% – 2012 жылы емделгендер (диаграмма 1).



Диagramма 1 - ОҚО мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясының 2012-2014 жылдары IA топтағы емделген науқастар

2012-2014 жылдар арасында санаториялық ем қабылдақан науқастардың саны мен ОҚО бойынша IA топта тіркелген науқастардан үлесі де артып отыр. Осы науқастар арасында инфильтративті туберкулезбен ауырған науқастар ең көп бөлігін құраған, атап өтсек 96,8% дейін 2013жылы, ондан соң ошақты туберкулез – 1,9 % дейін, шашырынды туберкулез – 0,9% дейін және фиброзды-кавернозды туберкулез – 0,3% дейін 2014жылы. Сонымен қатар 2012-2014 жылдарда 52,4 тен 74,1 дейін өскен. Бұл науқастардың емделуге деген ынтасының артқанын, сонымен қатар жалпы туберкулезді емдеудің нәтижелігінің артуына әкеледі (кесте 1).

Оңтүстік Қазақстан облысы мамандандырылған туберкулезге қарсы «Балықшы» санаториясында IA және IB топта тіркелген науқастар ем қабылдайды. Онда туберкулезге қарсы химиотерапиямен қатар көрсетілімдеріне сәйкес патогенетикалық, симптоматикалық, физиоөмі, массаж, фитотерапия, емдік жаттығулар жиынтығы, саумалы күніне 2 рет беріледі.

Сонымен қатар туберкулездің комплексті емінде науқастардың психологиялық ахуалына әртүрлі әсерлердің маңызы зор, бұзылыстарға ұшыраған ағзалардың функцияларын мен зат алмасу үрдістерін қалпына келтіру санаторияда ем қабылдау жағдайларында ға мүмкін.

Көңіліне жағымды метеорологиялық әсер мен емнің физикалық тәсілдері, шамасымен жасалынатын еңбек күші туберкулезбен ауырған науқастардың медициналық және еңбек реабилитациясына, оның еңбекке қабілеттігін қалпына келтіруге ықпал жасайды.

**1-ші Кесте - 2012-2014 жылдар аралығында ІА топтағы емделген науқастардағы туберкулездің клиникалық түрлері, орташа төсек күні**

Диагнозы	2012ж.			2013ж.			2014ж		
	Абс.с аны	%	Орт. т/к	Абс.с аны	%	Орт. т/к	Абс. саны	%	Орт.т /к
Фиброзды кавернозды туберкулез	2	0,7	51,5	-			1	0,3	190
Шашыранды туберкулез	3	1,1	36	7	2,4	94,2	3	0,9	61,3
Инфильтративті туберкулез	272	96	52,3	279	96,8	53,2	311	96,9	73,9
Ошақты туберкулез	3	1,1	34,6	1	0,4	42	6	1,9	72,3
Туберкулема	3	1,1	40,3	-			-		
Цирротикалық туберкулез	-			1	0,4	115	-		
Барлығы	283	100	51,8	288	100	54,3	321	100	74,1

2012-2013-2014 жылдары емін толық аяқтау нәтижесімен шыққандар -16,0%; 20,6% -ға жоғарылады. Толық жазылу нәтижесімен шыққандар 6,9% -дан 18,7%-ға жоғарылады. Жақсару нәтижесімен шыққан науқастар 73,2%-дан 54,8%-ға төмендеген. Клиникалық рентгенологиялық өршу нәтижесімен шыққан науқастар 0,7 % -дан 0,6-ға төмендеген. «Емін толық аяқтау», «толық жазылу» нәтижесімен шыққандардың үлесі 16,4% -ға артқан.

**2-ші Кесте - І категориямен емделген науқастардың емдеу нәтижесі**

Жыл	барлығы	Емін толық аяқтау	Толық жазылу	Амбулаторлық емге жақсару нәтижесімен	МБТ +	Кл-рент. өршу	Емдеу тәрт бұзған	Жалпы емдеу мекемесіне жодаған
2012	283	51	19	201	3	3	6	-
2013	288	53	21	194	5	5	10	-
2014	321	66	60	176	2	2	14	1
Барлығы	892	170	100	571	10	10	30	1

І категориямен емделген науқастардың қосалқы диагноздары бойынша мәлімет көрсетілген: 2012-2013-2015 жылдары І категориямен емделген науқастардың 52,3%; 53,8% ; 55,7% жоғарғы қосалқы диагноздармен емделген: жүрек қан айналым жүйесі, ас қорыту жүйесі, жүйке жүйесі, эндокринологиялық жүйенің т.б. дерттері. Науқастардың қосалқы диагноздары бойынша, көрсетілімдеріне байланысты мамандарға кеңес жасатылып, ем тағайындалады (кесте 3).

**Кесте 3 - І категориямен емделген науқастардың қосалқы диагноздары**

Жылдар	Қосалқы аурулар		
	Барлығы	Абс. саны	%
2012	283	144	50,7
2013	288	155	53,8
2014	321	179	55,7

Балықшы санаториясының емдік климатымен қатар науқастарға тәулігіне 2 рет 200 мл саумалы берілетімен ерекшеленеді. Саумалдың құрамындағы линоль, линоленді, арахидонды май қышқылдары қорғаныш жүйесін көтеріп туберкулез бактерияларының дамуын тежейді. Сондай-ақ май қышқылдарының антиоксидаттық , бактерия жойғыш қабынуға қарсы әсері бар. Бие сүтінің құрамында 30 түрлі дәрумен, 40 түрлі иммуноглобулин, ферменттер. 1 литр бие сүтінде -20 гр аккуыз, 70 гр сүт қанты, 800 мг кальций, 500

мг фосфор, сондай-ақ калий натрий, кобальт, мыс, йод, марганец, алюминий, темір бар. Бұл микроэлементтер тін зат алмасуына оң әсерін тигізеді. Бие сүтінің ақуыз құрамының 50 % альбумин, 50 % казеин бар. Бие сүтінде лактоза және глюкозаның пайызы өте жоғары.

Сүт ферменттері –лактоферин, лактопериоксидаза теріні суландырып дақтарды кетіріп ағартады, терінің жаңаруын жақсартады. Бие сүтіндегі «С» дәрумені ағзаның ауруға қарсы тұруын арттырады. «Е» дәрумені атеросклероздың алдын-алып қандағы холестеринді азайтады. «А» дәрумені жүйке жүйесінің жұмысын жақсартып, қартаю процессін тежейді. «В» дәрумені ақуыз және су тегі зат алмасуларын реттейді. Бие сүтінде «А»дәрумені жазда көп болады, «Е» дәрумені көктемде көп болады. Қазақ биесінің 1 литр сүтінде 593 ккал бар. Ең пайдалы бие сүті -таңғы сүті. Саумалды биені сауа салысымен 30 мин ішінде қабылдау тамырларын тазалайды, жүйке жүйесін тыныштандырады, ас қорыту жүйесін жақсартады.

Сонымен, туберкулез наукасын емдеудегі бақылау санатория жағдайында сапалы жүргізіледі. Амбулаторлық емге жақсару нәтижесімен және емін толық аяқтады нәтижелері 94,2% науқастарда анықталды. Этиотропты химиотерапия мен қатар патогенетикалық ем, симптоматикалық, физиотерапия, массаж, фитотерапия, емдік жаттығулар жиынтығы, саумалы күніне 2 рет, толыққанды тамақтану, таза ауа жалпы емнің нәтижелігін арттырды. Науқастарда емнен кейін қалдықты өзгерістері шектеліп, рецидив болмауына ықпал жасайды.

### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Аксенова К. И., Садовский А. И. Эффективность стандартного и индивидуализированного режимов химиотерапии при лечении впервые выявленных больных туберкулезом легких. // Медицина в Кузбассе. 2006- №4- С.191-192.
2. Мишин В. Ю., Назарова П. В., Кононец А. С., Мяхишева Т. В., Садовский А. И. Течение и эффективность лечения инфильтративного туберкулеза легких. // Проблемы туберкулеза и болезней легких -2006-№10-С.7-12.
3. Мишин В. Ю., Комисарова О. Г., Наумова А. И., Кононец А. С., Голубева Л. И., Хорошилова Н. Е., Мяхишева Т. В., Садовский А. И., Нагорная Е. Д., Шевчук Е. Ю. Эффективность II Б стандартного режима химиотерапии при лечении больных с рецидивами туберкулеза легких. Материалы VIII Российского съезда фтизиатров : «Туберкулез в России». М.- 2007- С.441.
4. Мишин В. Ю., Кононец А. С., Мохирева Л. В., Комисарова О. Г., Наумова А. И., Мяхишева Т. В., Голубева Л. И., Хорошилова Н. Е., Садовский А. И., Нагорная Е. Д., Шевчук Е. Ю. Эффективность II Б стандартного режима химиотерапии при лечении больных с рецидивами туберкулеза легких. // XVII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник научных трудов. 2007. - С.168.
5. Мишин В. Ю., Кононец А. С., Комисарова О. Г., Наумова А. П., Мяхишева Т. В., Голубева Л. И., Хорошилова Н. Е., Садовский А. И., Шевчук Е. Ю. Эффективность II Б стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных туберкулезом легких//XVII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сборник научных трудов. 2007. -С. 169.
6. ҚР ДСМ 20 тамыз 2014ж. №19 бұйрығы. Туберкулез бойынша профилактикалық іс шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы.

### РЕЗЮМЕ

**Ошахбаев А.М.** - Специализированный противотуберкулезный санаторий «Балықшы», главный врач, с. «Балықшы», Тюлькубасский район, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан  
**Тлемисова Д.Е.** - Специализированный противотуберкулезный санаторий «Балықшы», врач-фтизиатр, с. «Балықшы», Тюлькубасский район, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО ЮКО

Изучена эффективность санаторного лечения специализированного противотуберкулезного санатория «Балықшы» Южно-Казахстанской области за 2012-2014 годы. Проведен ретроспективно анализ медицинских карт 892 больных получавших лечения по I и II категориям. Большинство случаев болезни с инфильтративным туберкулезом - 96,8%, 1,9% - с очаговым туберкулезом и незначительное количество с диссеминированным – 0,9% и фиброзно-кавернозным туберкулезом – 0,3%. Койко дней больных увеличилось от 52,4 до 74,1. Эффективность лечения возросла на 15,1%. В санатории вместе со строгой контролируемой противотуберкулезной химиотерапией больные получали лечение сопутствующей патологии, патогенетическую терапию, полноценное питание, свежий воздух, парное кобылье молоко. Все это привело к повышению иммунитета с полным выздоровлением больных с минимальными остаточными изменениями и предотвращающими рецидивы у больных туберкулезом легких.

**Ключевые слова:** туберкулез, лечение, санатории, сопутствующие патологии.

### SUMMARY



**Oshahbaev A.M., Tlemisova D.E.**

Specialized opposite tuberculosis sanitarium "Balykshy".

## **EFFICIENCY SANITARIUM TREATMENTS BY SICK TUBERCULOSIS LIGHT ON YUKO.**

Studied efficiency treatments specialized opposite tuberculosis sanitarium "Balykshy" South-Kazakhstan area for 2012-2014. It is organized retrospective analysis of the medical cards 892 sick got treatments on I and II category. The Majority event sick by tuberculosis - 96,8%, 1,9% - by tuberculosis and scant - 0,9% and fibercavity by tuberculosis - 0,3%. The Berth of the days sick increased from 52,4 before 74,1. Efficiency increased on 15,1%. In sanitarium along with strict controlled opposite tuberculosis chemotherapy sick got the treatment accompanying pathology, pathogen therapy, full-fledged feeding, fresh air, fresh milk. All this has brought about increasing with full recovery sick with minimum remaining change and preventing relapses beside sick tuberculosis light.

Key words. The Tuberculosis, treatment, sanitarium, accompanying pathology.

УДК 616.72-002

**А. Асан, магистрант 2-го года обучения**  
ЮКГФА, г.Шымкент

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**

### **РЕЗЮМЕ**

В настоящее время становится все более очевидным, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают качество жизни людей из-за постоянных болей, нарушения функциональной активности, отягощающих жизнь самого больного, его семьи и общества в целом. Исследование качества жизни в медицине позволяет получить информацию о состоянии физического, эмоционального и психологического функционирования больного, изучить динамику заболевания и оценить эффективность лечения.

**Ключевые слова:** остеоартроз, качество жизни, SF-36.

Остеоартроз (ОА) лидирует среди ревматических заболеваний, им страдают более 10-12% населения [1]. Наряду с ишемической болезнью сердца, алкоголизмом, диабетом и депрессией остеоартроз входит в число пяти факторов, обуславливающих наиболее продолжительное нарушения здоровья [2]. В настоящее время становится все более очевидным, что заболевания опорно-двигательного аппарата существенно ухудшают качество жизни (КЖ) людей из-за постоянных болей, нарушения функциональной активности, отягощающих жизнь самого больного, его семьи и общества в целом [3].

КЖ определяется как интегральная характеристика физического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [4,5]. Исследование КЖ в медицине позволяет получить информацию о состоянии физического, эмоционального и психологического функционирования больного, изучить динамику заболевания и оценить эффективность лечения. В социологическом понимании "качество жизни" может быть определено как степень комфортности человека внутри себя и в рамках общества [6,7]. Несмотря на то, что методы оценки КЖ в зарубежной ревматологии применяют с 60-х годов, единых критериев и стандартных норм КЖ не существует, а для каждого региона и различных групп населения они имеют свою условную норму, по которой в дальнейшем можно проводить сравнение [8].

Имеющиеся в настоящее время опросники для характеристики КЖ позволяют выявить тенденцию его изменений и проводить сравнения при различных нозологических формах. При этом изменения показателей КЖ, выявляемые опросниками, должны сопоставляться с клиническим состоянием больного [6,9]. Для оценки КЖ больных ОА используются как общие, так и специальные опросники [8,10]. Общие опросники предназначены для оценки КЖ как здоровых, так и больных независимо от заболевания. Специализированные – для изучения КЖ в различных областях медицины, медицины, у пациентов с различными заболеваниями и состояниями [11]. К наиболее распространенным опросникам относится "Short Form Medical Outcomes Study" (SF-36) [12]. Опросник SF-36 переведен на русский язык и апробирован Межнациональным центром исследования качества жизни [11].

Состояние больного, оценивающееся на основании данных лабораторно-инструментальных исследований, а также собственных впечатлений недостаточны для создания полной картины болезни,

включающей не только физиологические константы, но и психологические, социальные и духовные аспекты жизни больного.

При сопоставлении воспалительных изменений, определяемых в сыворотке крови больных ОА с оценкой по опроснику оценки клинического здоровья были получены следующие результаты: С-реактивный белок имеет существенные связи с суставной болью, болью при пальпации, суставным счетом, функциональной недостаточностью, усталостью. Данные СОЭ не ассоциировались с клиническими признаками и симптомами [13].

КЖ человека – это индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей [14].

По мнению экспертов ВОЗ [15,16], изучение КЖ важно при хронических заболеваниях, требующих длительного лечения. Так как, хронические заболевания ведут к хронизации стресса и могут существенно ограничить все составляющие нормального существования человека [16].

По данным А.В. Снигиревой и М.А. Сомовой больные ОА имеют более значительные нарушения в психо-эмоциональной сфере, чем больные, страдающие ревматоидным артритом [17].

Пограничные нервно-психические расстройства встречаются у большинства больных хроническими заболеваниями суставов, но, к сожалению, им не уделяется должного внимания.

Развитие психосоматических заболеваний в большей степени зависит от особенностей эмоционально-волевого комплекса, нарушение которого проявляется тревогой, депрессией [18,19, 20]. Расстройства в эмоциональной сфере являются одной из наиболее частых причин нарушения КЖ больных. Таким образом, изучение КЖ у больных ОА для правильной и своевременной оценки и предотвращения усугубляющихся нарушений в физическом и психологическом статусе имеет практическую ценность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Buskila D., Neumann L. Assessing functional disability and health status of women with fibromyalgia: validation of a Hebrew version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire // J. Rheumatol. 2006 - Vol. 23 - N. 5 -P. 903-906.
2. Токийский манифест. Научно-практическая ревматология. – 2002.- №4. – С.4-5.
3. Готтвальд Р., Вайзер М. Гомеопатическая терапия хронических дегенеративных заболеваний, возникших вследствие нарушений метаболизма Биологическая медицина. – 2001. - № 2. - С. 15-20.
4. Риккен К.-Х. Терапия биологическими антигомотоксическими препаратами фирмы "Хеель" введение в гомотоксикологию и антигомотоксическую терапию // Биологическая медицина - 1995 - №1 - С. 2-12.
5. Савельева М.И. Личность больных ревматоидным артритом и эффект лечения // Новости медицины и фармации 1994 - № 2 — С. 58.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург, 1999, 140.
7. Anderson R.T., Aaronson N.K., Wilkin D. Critical review of the international assessment of health-related quality of life. Qual. Life Res., 1993, 2, 369-395.
8. Новик А.А., Матвеев С.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клиническая медицина, 2000, 78, 2, 10-13.
9. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. Науч. обзор под ред. В.А. Орлова, С.Р. Гиляревского. Серия: Медицина и здравоохранение, М., 2002, 66.
10. Онущенко И.А., Петрова Н.Н., Васильев В.В. и др. Качество жизни больных остеоартрозом. Материалы Юбилейной конференции, посвященной 15-летию НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 105-106.
11. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине 2 изд./под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». – 2007.-320с.
12. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide // The Health Institute, New England Medical Center. Boston. – 2003. – 143p.
13. Wolfe F. The C-reactive protein bun not erythrocyte sedimentation rate is associated with clinical severity in patients with osteoarthritis of the knee or hip // J. Rheumatol., 2007.- 24. – 8. – 1486-1488.
14. The WHOQOL Group What Quality of Life? // World Health Forum. – 2006. – Vol. – 17 №4. – P. 354-356.
15. Качество жизни // Всемирный форум здравоохранения – 2001. - №2. – С. 106.
16. Beck A.T., Emery G. Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective. – New York. – 2005. – P. 63-72.
17. Снигирева А.В., Сомова М.А. Сравнительная характеристика психовегетативных изменений у больных остеоартрозом и ревматоидным артритом: Тезисы докладов III Съезда ревматологов России. – Рязань. – 2001 // Научно-практическая ревматология. – 2001. - №3. – 102с.

18. Вейн А.М. Идеи нервизма в гастроэнтерологии//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии – 1997. - №3. – с. 76-79.
19. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психооматических взаимоотношений. – 1981.
20. Курако Ю.Л., Волянский В.В. О психовегетативной дисфункции адаптационного генеза // Врачебное дело. – 1990. – С. 67-68.

#### ТҮЙІН

**А. Асан** - 2-ші оқу жылының магистранты  
ОҚМФА, Шымкент қ.

#### ОСТЕОАРТРОЗЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ

Тірек-қимыл аппаратының ауруларының нәтижесінде тұрақты ауырсынулар, науқастың өміріне, оның жанұясына және бүткіл қоғамға ауыртпалық түсіретін функционалдық белсенділігінің бұзылысы өмір сапасын төмендетеді. Медицинадағы өмір сапасын зерттеу науқастың физикалық, эмоционалдық және психологиялық жағдайы туралы, аурудың ағымын зерттеуге және емнің тиімділігін бағалау туралы ақпарат алуға болады.

**Кілт сөздер:** остеоартроз, өмір сапасы, SF-36.

#### SUMMARY

**A.Asan** - master's degree 2 years of training  
SKSFA, Shymkent

#### QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

It is now becoming increasingly clear that diseases of the musculoskeletal system significantly impair quality of life because of constant pain, disorders of functional activity, aggravating the life of the patient, his family and society in general. Quality of life in medicine provides information about the state of physical, emotional and psychological functioning of the patient, to study the dynamics of the disease and to assess the effectiveness of treatment.

**Key words:** osteoarthritis, quality of life, SF-36.

УДК 616.132.2-002

**Б. Кадиров**, магистрант 2-го года обучения  
ЮКГФА, г.Шымкент

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

#### АННОТАЦИЯ

Наряду с классическими факторами риска для больных острым коронарным синдромом в последнее время для оценки прогноза используются относительно новые, такие как остро возникшие нарушения ритма и снижение скорости клубочковой фильтрации менее 50 мл/мин, застойная сердечная недостаточность. Не до конца изучена роль известных факторов риска на развитие осложнений у больных острым коронарным синдромом с элевацией сегмента ST, подвергшихся интервенционному лечению, и по сведениям различных авторов их влияние неоднозначно.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, клинические факторы, артериальная гипертония, сахарный диабет, курение, пол.

Клинические факторы риска острого коронарного синдрома (ОКС), такие как: сахарный диабет (СД), артериальная гипертония (АГ), курение и пожилой возраст играют важную роль для оценки прогноза больных ОКС, повергающихся экстренному интервенционному лечению [1,2,3].

Однако, наряду с классическими факторами риска для больных ОКС в последнее время для оценки прогноза используются относительно новые, такие как остро возникшие нарушения ритма и снижение скорости клубочковой фильтрации менее 50 мл/мин, застойная сердечная недостаточность (СН). Не до конца изучена роль известных факторов риска на развитие осложнений у больных ОКС с элевацией сегмента ST, подвергшихся интервенционному лечению, и по сведениям различных авторов их влияние неоднозначно.

Важнейшим фактором риска развития неблагоприятных коронарных событий у больных ОКС после интервенционного лечения является СД, при котором вероятность кардиоваскулярных событий значительно возрастает [4,5], поскольку риск смерти в результате острого инфаркта миокарда (ИМ) у больных значительно выше, чем у лиц без нарушения углеводного обмена [6]. Причем, повышенный риск смерти, отмеченный у больных СД в острый период ИМ, сохраняется в течение нескольких лет [7].

Американские ученые проанализировали данные более 60000 пациентов с ОКС, в том числе более десяти тысяч больных СД. Оказалось, что 30 – дневная смертность отмечена достоверно выше у пациентов с СД, чем у пациентов без нарушения углеводного обмена. Смертность среди больных СД была выше и через год: 7,2% против 3,1% для ОКС без подъема ST и 13,2% против 8,1% для больных ОКС с подъемом ST ( $p < 0,001$ ). По данным мультивариационного анализа наличие СД независимо ассоциировалось с повышением тридцатидневной смертности при ОКС [8]. Кроме того, высокий уровень гликемии в момент госпитализации по поводу ОКС – мощный предиктор госпитальной и отдаленной летальности как у пациентов с СД, так и у лиц без нарушения углеводного обмена [9].

Известно, что в условиях острой гипергликемии снижается коллатеральное кровообращение и увеличивается размер зоны ИМ, а также повышается систолическое и диастолическое артериальное давление (АД) и пролонгация интервала QT [10]. Неблагоприятный прогноз у больных ОКС обусловлен тем, чем гипергликемия с одной стороны сама по себе является одним из важнейших факторов риска дестабилизации ишемической болезни сердца (ИБС). С другой – часто сочетается с иными факторами риска, такими как АГ, дислипидемия и ожирение, усиливая их неблагоприятное действие [11].

Существенно вредным фактором для функции эндотелия является курение [12]. После потребления никотина происходит удвоение циркулирующих клеток эндотелия в периферической крови, что является признаком усиленного клеточного цикла и десквамации эндотелия. По данным многофакторного анализа, относительный риск развития неблагоприятных событий после перенесенного ОКС у женщин, продолжающих курить, составляет 4,2, тогда как прекративших курение – 1,4 и не отличается от показателей, наблюдаемых у никогда не куривших женщин [13].

Кроме того, с повышенным риском коронарных осложнений связаны мужской пол и тяжелая, длительно существующая стенокардия или ранее перенесенный ИМ. Однако существуют данные о том, что женщины в постменопаузе не отличаются по степени риска развития неблагоприятных сосудистых событий от мужчин [14]. В исследовании показано, что в прогнозе постгоспитальных исходов ОКС у мужчин были значимы такие показатели, как пожилой возраст, от 2 до 4 эпизодов ИМ, а также случаи инсульта и хронических заболеваний легких в анамнезе, тахикардия  $> 110$  уд/мин, депрессия сегмента ST и патологический зубец Q в нижних отведениях по данным ЭКГ. А для женщин прогностически важными признаками неблагоприятного исхода ОКС наряду с возрастом были такие показатели как хронические заболевания почек в анамнезе, тахикардия  $> 100$ , а также сочетание гипергликемии и гиперкреатинемии [1,3]. Большинство хороших известных факторов риска ИБС также является признаками плохого прогноза ОКС. Лица с избыточным весом и ожирением чаще получали лечения в первые 24 часа, им чаще выполнялась реваскуляризация и другие инвазивные процедуры, по сравнению с лицами с нормальным ИМТ. Перед выпиской из стационара больные с высоким показателем ИМТ чаще получали рекомендации по рациональному питанию и участию в программах кардиореабилитации. Не исключено, что именно эти различия в терапии обуславливали относительно низкую смертность среди лиц с избыточным весом: отношение шансов (ОШ)=0,89, по сравнению с пациентами с нормальным ИМТ [15].

Таким образом, литературные данные о влиянии факторов риска на прогноз ИБС и ОКС неоднозначны. Так, мужчины имеют исходно более тяжелое поражение коронарной артерии, связанное с длительным анамнезом курения, однако, подвергаясь чрескожному коронарному вмешательству, реже госпитализируются с клиникой повторного ОКС по сравнению с больными ОКС женского пола, которым проводится чрескожное коронарное вмешательство в более пожилом возрасте и имеющими в анамнезе АГ, СД и дислипидемию. На основании данных международного многоцентрового рандомизированного исследования CADILLIC (the Controlled Abciximab and Device Investigation to Late Angioplasty Complications) женский пол является независимым предиктором сердечного–сосудистых событий и геморрагических осложнений после чрескожного коронарного вмешательства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности прогнозирования реакции при остром коронарном синдроме у мужчин и женщин / Р.Т. Сайгитов, М.Г. Глезер, Д.П. Семенов и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика . – 2006. - №1. – С.63-70.
2. Остроумова, О.Д. Старение и дисфункция эндотелия / О.Д. Остроумова, Р.Э. Дубинская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. - №4. – С. 83-89.
3. Sex, age, and clinical presentation of acute coronary syndromes / A. Rosengren, L. Wallentin, A. Gett et al. // Eur. Heart J. – 2004. –Vol. 25, №8. –P. 663-670.
4. Панченко, Е.П. Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет – коварный тандем / Е. П. Панченко // Сердце. – 2004. – Vol. 3, №1. – С.9-12.
5. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction / S. M. Haffnet, S. Lehto, T. Ronnema et al. // N. Engl J. Med. – 1998. – Vol. 339. – P. 229-234.
6. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with arterial fibrillation / V. Fuster, L. E. Ryden, R.W. Asinger et al.// Eur Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1979-2030.
7. Karlson, B. W. Prognosis of acute myocardial infarction in diabetic and non-diabetic patients / B. W. Karlson, J. Herlitz, A. Hjalmarson // Diabet Med. – 2003. - Vol. 10, №5. – P. 449-454.
8. Fasting glucose is the important risk factor for 30 – day mortality in patients with acute myocardial infarction. A prospective study / M. Suleiman, H. Hammerman, Boulos M. et al. // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 754-760.
9. Hyperglycemia: still an important predictor of adverse outcomes following AMI in the reperfusion era / V. W. Wong, D. L. Ross, K. Park et al. // Diabetes Res Clin Pract. – 2004. – Vol. 64. №2. – P. 85-91.
10. Impaired glucose metabolism predicts mortality after a myocardial infarction / J.Bolk, Van der T.Ploeg, J.H. Cornel et al. // Int J Cardiol. – 2006. – Vol. 79. – P. 207-214.
11. Karlson, B. W. Prognosis of acute myocardial infarction in diabetic and non-diabetic patients / B. W. Karlson, J. Herlitz, A. Hjalmarson // Diabet Med. – 2003. - Vol. 10, №5. – P. 449-454.
12. Diminished vascular response to inhibition of endothelium-derived nitric oxide and enhanced vasoconstriction to exogenously administered endothelin-1 in clinically healthy smokers / W. Kiowski, L. Linder, K. Stoschitzky et al. // Circulation. – 2004. – Vol. 90 №1. – P. 27-34.
13. Smoking cessation and time course of coronary heart disease in middle aged women / I. Kawachi, G. Golditz, M. Stampfer et al. // Arch Intern Med. -2004. –Vol. 154. –P. 169-175.
14. Modulation of endothelium-dependent flow-mediated dilatation of the brachial artery by sex and menstrual cycle / M. Hashimoto, M.Akishita, M. Eto et al. // Circulation. – 2005. – Vol. 92. №12. – P. 3431-3435.
15. Deborah B. Diercks. The obesity paradox in non – ST – segment elevation acute coronary syndromes: Results from the Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress AD verse outcomes with Early implementation of the American College of Cardiology / Deborah B. Diercks // J Am. College of Cardiology. – 2006. – Vol. 152. – P. 140-148.

## ТҮЙІН

**Б. Кадилов** - 2-ші оқу жылының магистранты

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

### **ЖІТІ КОРОНАРЛЫ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА БОЛЖАУДЫ АНЫҚТАЙТЫН КЛИНИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР**

Соңғы жылдары жіті коронарлы синдромы бар науқастарда классикалық факторларымен қатар салыстырмалы жаңа болжауды бағалайтын қауіп факторлары қолдануда, олар жіті пайда болған ритм бұзылысы, 50 мл/мин кем бүйрек фильтрациясының қызметінің төмендеуі, жүрек жетіспеушілігі. Әр түрлі авторлардың мәліметтері бойынша, ST сегментінің жоғарлауымен жіті коронарлы синдромы бар интервенциялық емге қатысқан науқастарда асқынудың дамуына алып келетін қауіп факторлары соңына дейін зерттелмеген.

**Кілт сөздер:** жіті коронарлы синдром, клиникалық факторлар, артериалды гипертония, қант диабеті, шылым шегу, жыныс.

## SUMMARY

**B. Kadirov** - master's degree 2 years of training  
SKSFA, Shymkent

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Along with the classic risk factors for patients with acute coronary syndrome in recent years used to assess forecast relatively new, such as caused acute cardiac arrhythmias and decreased glomerular filtration rate less than 50 mL / min, congestive heart failure. Not until the end of the study the role of known risk factors for the development of complications in patients with acute coronary syndrome segment elevation ST, undergoing interventional treatment, and according to the various authors of the effect is ambiguous.

**Keywords:** acute coronary syndrome, clinical factors, hypertension, diabetes, smoking, sex.

УДК 616.72-002-07

**А. Наркабулов**, магистрант 2-го года обучения  
ЮКГФА, г.Шымкент

## СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА

### АННОТАЦИЯ

Для диагностики урогенитального реактивного артрита важное значение имеет правильно собранный анамнез и использование адекватных лабораторных и инструментальных методов обследования больных. Программа лабораторной диагностики при подозрении на реактивный артрит включает исследование периферической крови и мочи, синовиальной жидкости, мазков из уретры, цервикального канала, конъюнктив с целью идентификации этиологического фактора. Лабораторная диагностика урогени-тального реактивного артрита включает также прямой иммунофлюоресцентный метод, культуральный метод, иммуноферментный анализ, полимеразную цепную реакцию.

**Ключевые слова:** реактивный артрит, урогенитальная инфекция, диагностика, иммунофлюоресцентный метод.

Реактивный артрит - иммуновоспалительное поражение суставов, развившееся на фоне кишечной или урогенитальной инфекции, сопровождающееся поражением периферических суставов, позвоночного столба и принимающее хроническое течение [1,2]. Реактивные артриты по распространенности занимают одно из ведущих мест среди ревматических заболеваний. В общей структуре реактивных артритов лидирующее положение занимают урогенные реактивные артриты. В настоящее время довольно хорошо определена географическая распространенность урогенитального реактивного артрита. Наиболее часто они встречаются в Европе, Северной Африке, в районе Средиземного моря. По данным ВОЗ, урогенитальным реактивным артритом ежегодно в мире заболевает до 92 млн. человек. В США ежегодно регистрируется более 5 млн. новых случаев заболевания, в Западно-Европейском регионе — 10 млн. Урогенитальный реактивный артрит у мужчин встречается чаще, чем у женщин (по данным разных авторов, от 10:1 до 2—3:1). Его частота в популяции среди женщин репродуктивного возраста в среднем составляет 6-8%, среди мужчин — 5-10%. В то же время урогенитальный реактивный артрит у женщин, возможно, наблюдается чаще, чем это описывается в литературе, поэтому необходимо более тщательное обследование пациенток с серонегативным артритом для выявления у них очага мочеполовой инфекции и связи его с суставным синдромом [2, 3].

Наиболее важным фактором риска возникновения урогенитального реактивного артрита является мочеполовая инфекция. Факторы риска, значимо влияющие на частоту реактивных артритов: хронический простатит; наличие урогенитальных инфекций у половых партнеров больных; длительность уретропростатита, особенно свыше 3 лет; гонорея в анамнезе; нерегулярное лечение мочеполовой инфекции; микстинфекции; возраст до 40 лет; интеркуррентные инфекции; сопутствующие заболевания, ассоциированные с инфекцией *H. Pylori* (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) [3]. Знание указанных факторов риска может существенно улучшить раннюю диагностику суставного синдрома при реактивных артритах у пациентов урологических, гинекологических, венерологических кабинетов, так как раннее выявление этой патологии в популяции затруднено. Последнее обусловлено тем, что мочеполовая инфекция, вызывающая реактивные артриты, зачастую протекает скрыто, малосимптомно и больные могут длительно не обращаться к урологам, венерологам, гинекологам. Далеко не всегда терапевты и ревматологи могут проследить четкую хронологическую связь между суставной патологией и очагом инфекции в мочеполовом тракте.

По решению рабочего совещания в Берлине, в 1999 г. были приняты новые критерии диагностики реактивных артритов [4]. В Республике Казахстан для диагностики серонегативных спондилоартритов используют критерии В. Amor и соавт. (1995), которые позволяют проводить балльную оценку [5]. Для

установления диагноза реактивного артрита используются критерии Американской ревматологической ассоциации [2]: 1) серонегативный асимметричный артрит; 2) уретрит или цервицит, диарея; 3) воспалительные изменения глаз; 4) поражения кожи и слизистых оболочек.

Проводят клиническую (по характерным симптомам), лабораторную и рентгенологическую диагностику урогенитального реактивного артрита. Для диагностики урогенитального реактивного артрита важное значение имеет правильно собранный анамнез и использование адекватных лабораторных и инструментальных методов обследования больных. Вместе с тем клиническая картина реактивного артрита практически никогда не ассоциируется с предшествующей перенесенной инфекцией, в связи с чем диагноз заболевания в большинстве случаев основан на клинических проявлениях внесуставного инфекционного процесса, данных анамнеза и результатах лабораторных тестов. Программа лабораторной диагностики при подозрении на реактивный артрит включает исследование периферической крови и мочи, синовиальной жидкости, мазков из уретры, цервикального канала, конъюнктив с целью идентификации этиологического фактора. Лабораторная диагностика урогенитального реактивного артрита включает также прямой иммунофлюоресцентный метод, культуральный метод, иммуноферментный анализ, полимеразную цепную реакцию.

Серологическая диагностика хламидийной инфекции затруднена из-за наличия у больных недостаточно напряженного иммунного ответа вследствие низкой иммуногенности хламидий. Вместе с тем использование реакции связывания комплемента (РСК) у пациентов с хроническими вариантами течения заболевания может подтвердить диагноз, который считается положительным только при значении титра антител больше 1: 64. Культуральный метод дает возможность выделять возбудитель в культуре клеток *in vitro* и в настоящее время считается «золотым стандартом» лабораторного обнаружения хламидий. Вместе с тем эта методика трудоемкая, относительно дорогая, а получение результатов отсрочено до 72 ч. Кроме того, диагностическая ценность этого метода снижается у больных с хроническими вариантами заболевания, многократно получающих курсы антибактериальной терапии.

Среди молекулярно-биологических методов исследования наиболее часто используется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР-анализ), в основе которого лежит многократное увеличение числа копий специфического участка хламидийной ДНК (РНК) [6]. Метод дает возможность определять антигены возбудителя в различном клиническом материале (кровь, сыворотка, синовиальная жидкость, слюна, выделения из уретры, цервикального канала, эякулят и др.).

Вместе с тем к интерпретации результатов ПЦР-анализа необходимо подходить критично. Это связано с несколькими причинами. Во-первых, в нашей стране отсутствуют стандартизированные реактивы (праймеры) для постановки этой реакции. Во-вторых, с помощью этого метода можно определить только небольшую часть генома хламидии, что зачастую не является абсолютным критерием жизнеспособности микроорганизма. В частности, в литературе имеются сведения о том, что применение панбактериальных 16S РНК-праймеров позволило идентифицировать в синовиальной жидкости больных реактивным артритом, остеоартрозом, а также здоровых лиц фрагменты нуклеиновых кислот одного или нескольких микроорганизмов, в том числе и тех, которые в обычных условиях не вызывают воспаления суставов. Этот факт подтверждает существующую точку зрения об отсутствии абсолютной стерильности суставов в норме, а также свидетельствует о возможном случайном заносе в суставную полость фрагментов микробов - «свидетелей» перенесенной инфекции. Следует учитывать тот факт, что хламидийная ДНК может выявляться у пациентов еще длительное время после окончания курса антибактериальной терапии, в связи с чем положительные результаты ПЦР-анализа могут быть причиной гипердиагностики хламидиоза.

Наиболее распространенными иммунологическими методами диагностики урогенитального реактивного артрита (хламидии) являются реакция иммунофлюоресценции (прямая и непрямая), основанная на взаимодействии хламидийных антител с родоспецифическими хламидийными антигенами, и иммуноферментный анализ. Иммуноферментный метод позволяет определить наличие хламидийных антител в сыворотке крови больного (иммуноглобулинов различных классов), он удобен для скрининговых исследований, но его результаты во многом зависят от качества тест-систем. При этом в ранней фазе иммунного ответа (острая стадия) у больных обнаруживаются, как правило, антитела класса IgM.

Пик концентрации приходится на вторую неделю после инфицирования, затем титр постепенно снижается, и через 2,5-3 месяца специфические IgM в крови не выявляются. Антитела класса IgG начинают обнаруживаться примерно через 1 месяц после начала заболевания и могут выявляться на низком уровне в течение многих лет. IgA-антитела появляются в крови в конце 1-го месяца после инфицирования и выявляются до тех пор, пока хламидийный антиген остается доступным для иммунокомпетентных клеток. Иммунофлюоресцентный метод в настоящее время широко используется для лабораторной диагностики урогенитальных хламидиозов. Данный метод является относительно недорогим, а с учетом его высокой чувствительности и специфичности (80-100 %) он по праву занимает лидирующее место в лабораторной диагностике.

Таким образом, для идентификации возбудителя реактивного артрита предпочтительно последовательно использовать несколько диагностических методов: для определения антигенов хламидий – иммунофлюоресцентный метод или ПЦР-анализ, для определения титров антител к хламидиям -



иммуноферментный анализ, при контроле эффективности лечения лучше использовать культуральный метод.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии диагноза реактивных артритов (проект). Научно-практическая ревматология. 2003.-3:82-3.
2. Агабабова Э.Р. Реактивные артриты и болезнь Рейтера. В кн.: Ревматические болезни: Руководство для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. М.: Медицина, 2007. - 324-35.
3. Аснер Т.В., Горяев Ю.А. Проспективное пятнадцатилетнее исследование урогенных реактивных артритов в г. Иркутске. Сибирский медицинский журнал (Иркутск) 2002. - 2:40-1.
4. Braun J., Kingsley G., van der Heijde D. et al. On the difficulties of establishing a consensus on the definition of and diagnostic investigations for reactive arthritis. Results and discussion of a questionnaire prepared for the 4th International Workshop on Reactive Arthritis, Berlin, Germany, July 3-6.- 1999. J Rheumatol 2000. - 27:2185-92.
5. Amor B., Dougados M., Listrat V. Les criteres de spondyloarthropathies. Criteries de classification et/ou d aide au diagnostic? Rev Rheum 2005. - 62:11-6.
6. Hammer M., Nettelbreker E., Hopf S., Schmitz E., Porshke K., Zeidler H. Chlamidial rRNA in the joints of patients with Chlamydia-induced arthritis and undifferentiated arthritis. Clin Exp Rheumatol 2002. 10:63-66.

#### ТҮЙІН

**А. Наркабулов** - 2-ші оқу жылының магистранты

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### УРОГЕНИТАЛЬДІ РЕАКТИВТІ АРТРИТТІҢ ДИАГНОСТИКАСЫНА ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ КӨЗҚАРАСТАР

Урогениталды артритті бар науқастардың диагностикасында ең маңыздысы дұрыс анамнез жинау, зертханалық және инструменталды әдістерді қолдану. Реактивті артритке күдіктенгенде этиологиялық факторды идентификациялау мақсатында зертханалық диагностиканың бағдарламасында – қан және зәр зерттеулері, синовиалды сұйықтықты, конъюнктиваны, уретраның жақпасы тексеріледі. Сонымен қатар урогениталды реактивті артриттің зертханалық диагностикасына иммунофлюоресцентті әдіс, культуралды әдіс, иммуноферментті талдау кіреді.

**Кілт сөздер:** реактивті артрит, урогениталды инфекция, диагностика, иммунофлюоресцентті әдіс.

#### SUMMARY

**A. Narkabulov** - master's degree 2 years of training  
SKSFA, Shymkent

#### MODERN VIEWS THE UROGENITAL REACTIVE ARTHRITIS

For the diagnosis of urogenital reactive arthritis it is important to properly collected history and use of adequate laboratory and instrumental methods of examination of patients. The program of laboratory diagnosis of suspected reactive arthritis includes the study of peripheral blood and urine, synovial fluid smears from the urethra, cervix, conjunctiva to identify the etiologic agent. Laboratory diagnosis of urogenital reactive arthritis includes direct immunofluorescence method, the culture method, enzyme immunoassay, polymerase chain reaction.

**Key words:** reactive arthritis, urogenital infection, diagnosis, immunofluorescence method.

УДК 614.4:616.995

**Долтаева Б.З.** – к.м.н., доцент, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, [doltaeva68@mail.ru](mailto:doltaeva68@mail.ru)  
**Жумагалеева Д.С.** – магистрант, ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, [lady\\_di\\_7777@mail.ru](mailto:lady_di_7777@mail.ru)  
**Ергебекова Г.К.** - к.м.н., ЮКГФА, г.Шымкент, Республика Казахстан, [g.e.71@inbox.ru](mailto:g.e.71@inbox.ru)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮКО

## АННОТАЦИЯ

В статье дается ретроспективный анализ заболеваемости по бешенству в ЮКО за 2010-2014гг.

**Ключевые слова:** бешенство, заболеваемость, профилактика, эпидемическая обстановка.

Рост заболеваемости бешенством населения продолжает оставаться актуальной проблемой во всем мире, так как бешенство - природно-очаговое особо опасное инфекционное заболевание животных и людей, при котором в 100% случаев заражения наступает смертельный исход.

Всемирная организация здравоохранения объявила 28 сентября Всемирным днем борьбы с бешенством. Во Всемирный день борьбы с бешенством люди всего мира объединяются с единой целью обмена опытом и знаниями о мерах эффективной профилактики и защиты населения от заболевания бешенством.

Бешенство встречается более чем в 150 странах и территориях. Ежегодно от бешенства умирает 40-70тыс. человек в мире (преимущественно в странах Азии и Африки), имевших контакт как с дикими, так и с домашними животными и около 10 млн. человек получают антирабическую помощь[1,2,3,4]. В подавляющем большинстве источником инфекции для людей являются собаки. В мире более 15 миллионов пострадавших людей в год вакцинируются для предотвращения развития болезни. Отдельные сенсационные случаи выздоровления людей, заболевших бешенством оставляют надежду на то, что прогресс в этом направлении все же будет достигнут [5].

Эпизоотологическая и эпидемическая обстановка по бешенству в Республике Казахстан очень сложна и тревожна, определяется она наличием активных природных очагов, неразрывно связанных с различными видами животных дикой фауны – лисицы, корсаки, волки и др. Бешенство регистрируется ежегодно и повсеместно среди диких, сельскохозяйственных и домашних животных.

В связи со своевременным проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий в Казахстане ежегодно регистрируются лишь единичные случаи заболевания бешенством среди людей. За 2012 год 4 человека, 2013 год 6 человека среди людей ЮКО, Кызылординской, Западно-Казахстанской, Актюбинской, Жамбылской и Алматинской областях заболели бешенством. Во всех случаях источниками инфекции послужили бродячие собаки. [6].

По данным ветеринарной службы Казахстана ежегодно регистрируется до 350 случаев заболевания бешенством домашних животных. Эпизоотологическая ситуация по бешенству в Республике Казахстан за 2010-2014гг. приведена в таблице 1 и рисунке 1.

Таблица 1 - Количество животных, заболевших бешенством по Республике Казахстан за 2010-2014гг.

Виды животных	2010	2011	2012	2013	2014	Итого за 5 лет	В среднем за год
С/х животные	83	151	67	93	100	494	98,8
Собаки	42	36	22	38	34	172	34,4
Кошки	7	11	8	10	11	47	9,4
Дикие животные	19	18	12	33	18	100	20
Всего по РК	151	216	109	174	163	813	162,6

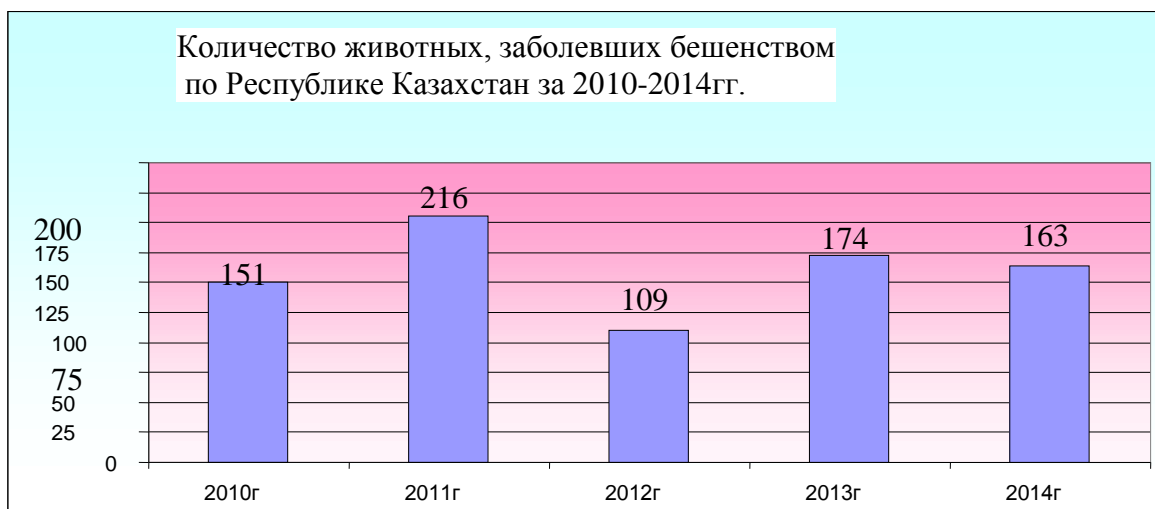


Рисунок 1 - Количество животных, заболевших бешенством по Республике Казахстан за 2010-2014гг.

В Республике Казахстан из в года в год отмечают неуклонный рост количества людей, пострадавших от укусов, увечий, травм, причиненных сельскохозяйственными, домашними и дикими животными и обратившихся за антирабической помощью. Ежегодно в стране регистрируется до 15 случаев бешенства среди людей. Число людей, получающих повреждения от животных, постоянно прогрессирует от 60,06тыс. в 2010г., 67,68тыс. в 2011 г., 0,82 тыс. в 2012г., до более 77,8тысяч в 2013 году и 61,54тыс. в 2014г. За медицинской помощью по поводу укусов животными в нашей стране обращаются до 75 тысяч человек. Количество людей, пострадавших от укусов плотоядных и увечий отражено в таблице 2. Среднегодовое количество людей, обратившихся за помощью в травмпункты составило более 67,58тыс. [6].

Таблица 2 - Динамика роста числа людей, пострадавших от диких животных и животных с клиническими признаками бешенства за 2010-2014гг. по Республике Казахстан

Годы	Количество людей, обратившихся в травмпункт	Количество людей, имевших контакт с больными животным
2010	60,06	349
2011	67,68	954
2012	70,82	526
2013	77,82	728
2014	61,54	400
В среднем за год	67,58	591,4

В последние годы в республике отмечается резкое ухудшение эпидемиологической и эпизоотической ситуации по заболеваемости бешенством среди людей, обусловленное увеличением численности безнадзорных животных, нарушением правил содержания домашних животных. В настоящее время в республике преобладают очаги бешенства природного типа. Южно-Казахстанская область относится к неблагоприятным регионам по заболеванию лабораторно. В разрезе по годам за 2010-2014года в ЮКО зарегистрировано в 2010году 4 случая и 2013 году 1 случай (в Сайрамском районе), а в других исследуемых годах не зарегистрировано ни одного случая заболевания людей. [7].

Тестов для диагностирования инфекции бешенства у людей до наступления клинических симптомов не существует, и до тех пор, пока не разовьются особые признаки бешенства, такие как гидрофобия и аэрофобия, постановка клинического диагноза может быть затруднена. Прижизненное и посмертное подтверждение бешенства у людей может осуществляться путем применения различных диагностических методик, направленных на выявление целого вируса, вирусных антигенов или нуклеиновых кислот в инфицированных тканях (мозге, коже, моче или слюне).

Из-за чрезвычайной опасности и абсолютной летальности от этой инфекции у людей вопросы профилактики бешенства после повреждения, нанесенного больным или подозрительным на бешенство животным, имеют исключительно важное значение. Существующая во всем мире единая тактика профилактики заболевания после контакта с возбудителем инфекции обеспечивается путем немедленной местной обработки раны с последующим специфическим лечением антирабической вакциной, а в случаях тяжелых множественных укусов опасной локализации и антирабическим иммуноглобулином [4] (по схеме,

рекомендованной в инструкции по применению вакцины антирабической культуральной концентрированной очищенной инактивированной сухой и антирабического иммуноглобулина от 12.03.03 г.).

Комитет экспертов ВОЗ [4] подчеркивает особую важность срочной местной обработки ран, следов укусов, царапин, которые могут быть инфицированы вирусом бешенства. Немедленная местная обработка ран (не путать с первичной хирургической обработкой раны!), нанесенных животными, в порядке первой помощи может проводиться самим пострадавшим. Среди людей, проживающих в районах, пораженных бешенством должна проводиться санитарно-просветительная работа по ознакомлению с простыми местными средствами обработки ран с учетом того, что удаление вируса бешенства из места заражения химическими или физическими методами является наиболее эффективным механизмом защиты. Для этих целей рекомендуется обильное промывание раны мыльным раствором любым детергентом с последующей обработкой дезинфицирующими средствами: 40%-70% этиловым спиртом, спиртовым или водным раствором йода, слабым раствором перекиси водорода. Необходимо помнить, что местная обработка ран ни в коем случае не исключает последующего специфического лечения антирабическими препаратами.

Эффективность специфического лечения находится в прямой зависимости от времени обращения после укуса. Как можно более раннее (в течение 24 ч) начало иммунизации инфицированного человека имеет решающее значение для своевременного формирования напряженного иммунитета. Это одинаково важно в отношении сроков введения, как антирабической вакцины, так и антирабического иммуноглобулина. Противопоказаний для экстренной лечебно-профилактической иммунизации нет. Беременность и грудной возраст ни при каких обстоятельствах не являются противопоказаниями для проведения экстренной иммунизации. [4]

По меньшей мере, три десятилетия ВОЗ прилагает усилия к тому, чтобы привлечь внимание к важности профилактики и борьбы с бешенством, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, путем проведения информационно-разъяснительной работы, обследований и научных исследований в области использования новых методик. Организация продолжает укреплять профилактику бешенства у людей путем ликвидации бешенства у собак, а также благодаря расширению доступа к внутрикожной ПЭП, которая позволяет уменьшить объем и, следовательно, снизить стоимость выращенной в клеточной культуре вакцины на 60-80%. ВОЗ поддерживает цели по ликвидации к 2015 году бешенства среди людей и собак в странах Латинской Америки и по ликвидации к 2020 году бешенства у людей, передаваемого от собак, в Юго-Восточной Азии. В последнем регионе целью пятилетнего плана (на 2012-2016 гг.) является сокращение вдвое оцениваемой на сегодняшний день смертности людей от бешенства в эндемичных странах. [4]

В целях предупреждения бешенства в РК ежегодно Министерством здравоохранения централизованно закупается антирабический иммуноглобулин и вакцина против бешенства для иммунизации укушенных лиц.

Санитарно-эпидемиологической и ветеринарными службами Казахстана в неблагополучных по бешенству пунктах и на угрожаемых по бешенству территориях планомерно проводится санитарно-противоэпидемические (профилактические), противозооотические мероприятия. Также проводится профилактическая вакцинация сельскохозяйственных животных, санитарно-просветительная работа среди населения. Санитарная пропаганда должна включать в себя все основные сведения по борьбе с источником бешенства и вопросы чисто медицинского порядка. Население должно быть информировано о ситуации по бешенству в своем районе, видах животных, которые потенциально могут являться источником инфекции, их поведении, о том, что необходимо делать пострадавшему в случае нападения животного (местная обработка раны, своевременное обращение за медицинской помощью и т. д.). С помощью санитарной пропаганды необходимо добиться и понимания населением того, что своевременное и аккуратное проведение курса антирабического лечения будет способствовать защите пострадавшего от заболевания этой опасной инфекцией.

**Выводы:** Из-за чрезвычайной опасности и абсолютной летальности от этой инфекции у людей вопросы профилактики бешенства после повреждения, нанесенного больным или подозрительным на бешенство животным, имеют исключительно важное значение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ющук Н.Д., Климова Е.А. и др. Клиника и эпидемиология бешенства в г. Москве и Московской области. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2003. №6. С.3-4.
2. Авиллов В.М., Гусев А.А., Савин А.В. // Ветеринарная патология. - 2002, № 1 - С. 72-78.
3. Ведерник В.А., Шабейкин А.А., Харкевич А.А. и др. // Ветеринарная патология. - 2002, № 1 - С. 52-58.
4. Комитет экспертов ВОЗ по бешенству 8-й доклад: Серия технических докладов 864. – Женева- 1994.
5. Мовсеянц А.А. // Современные проблемы лечения гидрофобии антирабическими препаратами: Дис. на соиск. ученой степени д-ра мед. наук. - М.

6. Абдрахманов С.К. ГИС в эпизоотологическом мониторинге / С.К. Абдрахманов // Ветеринария, 2013.-№ 2. –С. 12-15.

7. Департамент по защите прав потребителей ЮКО. «Сравнительные данные по инфекционной заболеваемости сельского населения ЮКО за январь - декабрь 2013-2014гг.»

#### ТҮЙІН

**Долтаева Б.З.** – м.ғ.к., доцент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Жумагалеева Д.С.** – магистрант, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**Ергебекова Г.К.** - м.ғ.к., доцент, Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАҢДАҒЫ ҚҰТЫРУ АУРУЫ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Мақалада 2010-2014жж. Оңтүстік Қазақстан облысындағы «Құтыру» аурушандығына ретроспективті талдау берілген.

**Кілт сөздер:** құтыру, аурушандық, профилактика, эпидемиологиялық жағдай.

#### RESUME

**B. Doltayeva** - candidate /PhD/ in of medical sciences, associate professor of medicine, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**D. Zhumagaleyeva** – master, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**G. Ergebekova** - candidate /PhD/ in of medical sciences, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

#### EPIDEMIOLOGY SITUATION OF RABIES IS SOUTH KAZAKHSTAN

This articles presents a retrospective analysis of the incidence of rabies is South Kazakhstan region for 2010-2014 years.

**Keywords:** rabies, morbidity, prevention, epidemiological situation.

УДК: 616.24-008.331.1-005-089

**Қолибеков У.Х.**- к.м.н., доц., Международного казахско-турецкого университета им. Х.А.Ясауи, г.Шымкент  
**Қасаева Л.Т.**- к.м.н., доц., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
**Танабаев Б.Д.** - к.м.н., доц., Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент  
**Орманбаев К.С.** – преп., Международного казахско-турецкого университета им. Х.А.Ясауи, г.Шымкент

#### МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЯМОГО И КЛАПАННОГО АРТЕРИОВЕНОЗНОГО ШУНТА ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

#### АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению морфофункциональные изменения в системемалого круга кровообращения при применении прямого и клапанного артериовенозного шунта после пневмонэктомии в эксперименте.

**Ключевые слова:** пневмонэктомия, малый круг кровообращения, гемодинамика, кардиопульмональная система, артериовенозный и веновенозный клапанный шунт.

Обширная резекция легочной ткани, а так же стандартная пневмонэктомия (СПЭ) вызывает выраженные гемодинамические изменения в малом кругу кровообращения (МКК) и морфофункциональные нарушения оставшейся ткани легкого после операции, особенно при повреждении туберкулезными

процессами. Обязательными компонентами этих изменений являются: пострезекционная легочная артериальная гипертензия (ПЛАГ), смещение органов средостения в оперированную сторону, деформация магистральных крупных сосудов легких и сердца, которые в итоге приводят к отеку интактного легкого и легочносердечной правожелудочковой недостаточности (ЛСПЖН).

Установлено, что основу коррекции нарушений гемодинамики МКК после пневмонэктомии (ПЭ) составляют различные естественные внутрилегочные и искусственно созданные хирургически разгрузочные внелегочные шунты. В связи с этим развивается разработка хирургических способов коррекции гемодинамических и морфофункциональных расстройств МКК и правых отделов сердца. Н.П.Бисенков [1] в 1969 году создал прямой шунт с созданием артерио-венозного анастомоза между долевыми сосудами; Г.У.Русанов [2] в 1981 году – внелегочный вено-венозный анастомоз между нижней полой веной с легочными венами; Н.Х. Шамирзаев, Б. Р. Бабаджанов [3] и У.Х.Колибеков [4,5], в 1990г. – клапанный шунт между устьями непарной вены и верхней легочной веной удаленного легкого, который применен в практике у пневмонэктомических больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение гемодинамических параметров в системе МКК и правых отделах сердца при применении разгрузочного прямого и клапанного внелегочного артериовенозного шунта после (ПЭ) в эксперименте.

Материал и методы исследования. Опыты проведены на 80 беспородных собаках обоего пола массой тела 10,5-22,8кг. Эксперименты проводились в 3 сериях: I серия – стандартная правосторонняя пневмонэктомия (СППЭ) (1- контрольная группа), II серия – собаки со СППЭ с последующим наложением ПВАШ (2- контрольная группа). III серия – собаки со СППЭ с последующим наложением клапанного вено-венозного шунта (КВВШ) (опытная группа). С целью оценки состояния гемодинамики МКК был использован отечественный аппарат – расходомер «Лотос», для определения газового состава крови был применен микрометод Аструпа. Насыщение крови кислородом во всех опытах определяли прямым методом комбинированной оксигеметрии. Давление измеряли прямым контактным катеторным способом с помощью ртутного и водяного манометров, изготовленные с нами. Цифровой материал обработан на персональном компьютере с применением специального пакета программ. Статистическая достоверность оценивалась по критерию Стьюдента-Фишера.

Результаты исследования и обсуждение. Исследования особенностей гемодинамики МКК и отделов сердца во время операции и после хирургической коррекции этих нарушений при СППЭ показали следующее. В опытах I серии наблюдения за состоянием животных подтверждали, это они тяжело переносят сложную операцию-пневмонэктомию. У них наблюдалась выраженная синюшность языка и видимых слизистых оболочек, отсутствовал аппетит. В течение первой недели после операции движения были, очень пассивными и значительно уменьшилась масса тела. При аускультации тахикардия сердца почти у всех оперированных животных обнаружили множественные хрипы по всем полям интактного легкого.

Анализ результатов исследований давлений в различных отделах МКК показал, что нарушение гемодинамики закономерно сопровождалось нарастанием давления в правом желудке и легочной артерии до 152-156% исходного уровня. Центральное венозное давление также стало постепенно повышаться до 128-135% от исходного в раннем и отдаленные периоды наблюдения превышало исходное в 1,5-1,8 раза, что свидетельствовало об уменьшении компенсаторных возможностей в системе МКК и правых отделов сердца. Одновременное повышение периферического венозного давления подтверждало декомпенсацию функции правого желудочка сердца.

Общий объем внутрилегочной шунтируемой крови в раннем периоде после операции составил 8,4-9,1% от минутного объема сердца, а в отдаленном периоде увеличился до 24,2 %, что было выше дооперационного уровня 5,1-5,4раза и проводило к значительному снижению газообмена и других функций интактного легкого. Через год после операции минутный объем сердца (МОС) стал снижаться, а общелегочное сопротивление (ОЛС) постепенно повышаться, обнаруживался явный обширный склероз интактной легочной ткани.

Обязательным компонентом нарушений гемодинамики МКК после СППЭ являлась пострезекционная легочная артериальная гипертензия (ПЛАГ), приводившая в итоге к развитию отека оставленного легкого и ЛСПЖН, что выражалось истощением деятельности кардиопульмональной системы. При II серии опытов состояние животных было относительно удовлетворительным. Собаки на 3-4 –е сутки вставали на ноги и принимали пищу. Цианоз языка и видимых слизистых оболочек постепенно исчезал в течение 10-15 дней. Давление в правом желудочке и легочной артерии в раннем послеоперационном периоде нормализовалась. Однако, в отдаленные сроки наблюдения обнаруживалось его повторное повышение на 25-30% от исходного уровня. МОС и ОЛС колебались в пределах нормы.

Впервые обратили внимание на гемодинамику давления при операциях шунтировании МКК. После прямого шунтирования это давление колебалось от  $11,8 \pm 0,6$  до  $16,4 \pm 0,7$  мм.рт.ст., что создавало закономерное условие постоянного поступления крови из внелегочного артериовенозного шунта в сторону левого предсердия. Следовательно, давление в левом предсердии повышалось с первых дней после операции и было значительно выраженным в отдаленные сроки исследования ( $4,2 \pm 0,7$  мм.рт.ст. при

исходном  $2,8 \pm 0,6$  мм рт.ст.). ЦВД сразу после операции незначительно изменилось, однако в отдаленные сроки оно постепенно увеличивалось, что указывает на уменьшение эффективности прямого шунтирования МКК при пневмоэктомии. Повышалось периферическое венозное давление.

Количество шунтируемой излишней венозной крови резко увеличивалось за счет созданного внелегочного артериовенозного прямого шунта (до  $30,5 \pm 0,4\%$  от МОС), что превышало дооперационный уровень в 5,2+5,6 раза. По-видимому, этот большой объем и его прямое постоянное поступление по артериовенозному шунту приводили к нарушению деятельности самого слабого отдела сердца - левого предсердия. Насыщение артериальной крови кислородом снижалось на 10-12%; венозной - на 12-14% по сравнению с исходным уровнем, но к 90-110-м дням после операции ПЭ отмечены улучшения насыщения крови кислородом. Однако повторное снижение этого показателя гемодинамики через 1,5-2 года указывает на уменьшение оксигенационной способности оставленной легочной ткани.

В опытах II серии 5 собак погибли в результате развития ЛАГ, отека интактного левого легкого и ЛСПжН. При III (опытной) серии опытов состояние животных было удовлетворительным. Собаки на 2-3 –е сутки вставали на ноги и принимали пищу. Цианоз языка и видимых слизистых оболочек постепенно исчезал в течение 5-6 дней. Давление в правом желудочке и легочной артерии в раннем послеоперационном периоде нормализовалась. МОС, ОЛС были в пределах нормы.

После клапанного шунтирования диастолическое давление колебалось от  $7,1 \pm 0,6$  до  $9,4 \pm 0,7$  мм.рт.ст. Что создавало оптимальное условие для постоянного поступления венозной крови в сторону левого предсердия. Следовательно, давление в левом предсердии не повышалось. Центральное а так же периферическое венозное давление после операции изменилось в пределах нормы сразу после операции и в отдаленные сроки. Количество шунтируемой излишней венозной крови увеличивалось и составило 12-14% от МОС. По-видимому, этот небольшой объем по созданному вено-венозному шунту приводили к быстрой нормализации деятельности левого предсердия после операции.

Насыщение артериальной крови кислородом снижалось на 8-9,5%; венозной - на 7-8% по сравнению с исходным уровнем. Повторное снижение этого показателя гемодинамики не надлежало и создавало условие для нормализации оксигенационной способности оставленной легочной ткани. В опытах III серии 1 собака умерла в результате несостоятельности вено-венозного шунта.

Выводы. Стандартная правосторонняя пневмоэтомия (СППЭ) в эксперименте на собаках вызывает значительные нарушения гемодинамики МКК, носящих прогрессирующий характер и обязательно приводящих к пострезекционной легочной артериальной гипертензии с осложнениями.

Внелегочное прямое анастомозирование долевых сосудов нижедолевой артерии с нижней легочной веной при СППЭ приводит к сбросу большого объема венозной крови с правых отделов сердца в левое предсердие. Прямое артериовенозное шунтирование устраняет гипертензию в МКК в раннем послеоперационном периоде, но создает условия для гиперфункции левого предсердия, что препятствует притоку оксигенированной крови из устьев легочных вен интактного легкого в отдаленный период исследования. Именно, этот момент стал слабым местом данного способа, так как результаты отдаленного периода являются самым ценным показательным критерием любых хирургических операций.

Вено-венозный клапанный шунт приводит к сбросу оптимального объема венозной крови с правых отделов сердца в левое предсердие и резко не изменяются гемодинамические, а так же морфофункциональные состояния кардиопульмональной системы. Кроме этого, около 15% крови от МОС депонируется по сосудам системы непарной вены. Таким образом, нами созданный клапанный разгрузочный шунт создает необходимые условия для развития компенсаторно-приспособительных процессов кардиопульмональной системы после пневмоэктомии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абдрахманова Г. Туберкулезден түнігмеңіз сырқаттану деңгейі төмендеп, өлім көрсеткіші азаюда / Г. Абдрахманова // Казахстанский медицинский журнал. - 2013. - №2. - С. 27-29.
2. Балтабаева Б. Т. Балардағы туберкулездің жайылмалы түрінің клиникалық ағымы және оның қалдықты өзгерістері / Б. Т. Балтабаева // ОҚМФА хабаршысы. - 2012. - №2. - С. 196-197.
3. Бекмағанбетова Ә. Туберкулездің алдын алу / Ә. Бекмағанбетова // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2014. - №1. - С. 112-113.
4. Өкпенің диссеминирлі туберкулезі диагностикасындағы зерттеу әдістері / У. Т. Макулбаева [және т. б.] // Медицина. - 2015. - №1. - С. 75-76.

## ТҮЙІН

**Колибеков У.Х.** - м.ғ.к., доц., Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.  
**Касаева Л.Т.** - м.ғ.к., доц., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.  
**Танабаев Б.Д.** - м.ғ.к., доц., Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.  
**Орманбаев К.С.** – оқытушы, Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қ.



## МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕ КІШІ ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІНДЕ ТҮЗУ ЖӘНЕ ҚАҚПАҚШАЛЫҚ АРТЕРИОВЕНОЗДЫҚ ШУНТТА ПНЕВМОЭКТОМИЯДА ТӘЖІРБИЕСІНДЕ ҚОЛДАНАДЫ

Экспериментте, жануарларда жасалған стандарттық оң жақты пневмонэктомия, кіші қанайналым шеңбері гемодинамикасының күрделі бұзылуына алып келеді: өкпелік артериялық гипертензия жүзеге асады. Осының әсерінен интактты өкпенің ісінуі және жүректің оң қарыншалық жетіспеушілігі байқалады. Өкпеден тыс тікелей артериовенозды шунт жоғарыдағы асқынуларды операциядан кейінгі ерте кезеңде дамуын тежейтіндігін көрсетті. Вена-венозды клапанды шунт стандарттық оң жақты пневмонэктомиядан кейінгі құбылыстарды азайтады. Кардиопулмоналды жүйенің компенсаторлы бейімделу үрдістеріне жағдай жасайды.

**Кілт сөздер:** пневмонэктомия, кіші қан айналу шеңбері, гемодинамика, кардиопулмоналды жүйе, артериовенозды және веновенозды қақпақшалы шунт.

### SUMMARY

**Kolibekov U.H.**- candidate of medical science, associate professor of the International Kazakh-Turkish University, named after H.A.Yesevi, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**Kasayeva L.T.**- candidate of medical science, associate professor, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**Tanabayev B.D.** - candidate of medical science, associate professor, South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**Ormanbayev K.S.** – teacher of the International Kazakh-Turkish University, named after H.A.Yesevi, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

### MORPHOFUNCTIONAL CHANGES IN THE SYSTEM OF LESSER CIRCULATION IN THE APPLICATION OF DIRECT AND VALVULAR ARTERIOVENOUS SHUNT AFTER PNEUMONECTOMY IN THE EXPERIMENT

Experimental surgical intervention on animals such as standard rightside pneumonectomy has led to the serious lesions development in the smaller part of blood circulation. The developing arterial hypertension in the lung would eventually lead to the rightside pulmo - cardiac ventricular insufficiency. Surgically created direct arterio-venous fistula (AVF) can correct this complication only in the early postoperative period. On the contrary, the veno-venous valvular fistula (VVF) is the better option for redirecting extra venous blood, developed after the rightside pneumonectomy and facilitates the development of adaptive processes in the cardiopulmonary system in both short-term and long-term postoperative periods.

Key words: pneumonectomy, smaller part of blood circulation, haemodynamics, cardiopulmonary system, arterio-arterial and veno-venous valvular fistula.

**С.С.Култасова** - врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, 87713875518, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Т.К. Акбаев** – главный врач противотуберкулезного диспансера, Байдибекский район, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, [baidibek\\_tub@mail.ru](mailto:baidibek_tub@mail.ru)

**Б.Ж. Мамбетов** - главный врач противотуберкулезного диспансера, г. Туркестан, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, [trktubbol@mail.ru](mailto:trktubbol@mail.ru)

**Т.Б. Каримов** – заведующий противотуберкулезным отделением, Созакский район [sozakrtd@mail.ru](mailto:sozakrtd@mail.ru)

### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И КОРРЕЛЯЦИЯ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучить клиническую структуру впервые выявленного туберкулеза в Южно – Казахстанской области и сопоставить с результатами лечения. Все это позволит оценить эффективность проводимых противотуберкулезных мероприятий в области. Выводы: заболеваемость - является индикатором, определяющим эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в регионе. Но нельзя ориентироваться только на один показатель. Истинную картину эпидемиологического благополучия можно получить при

рассмотрении заболеваемости в совокупности с другими показателями, как инфицированность, смертность, множественная лекарственная устойчивость и т.д., а также изучив клиническую структуру и возрастную категорию заболевших.

**Ключевые слова:** заболеваемость, клиническая структура, конверсия, излечиваемость, перевод.

Согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» заболеваемость является одним из важных индикатором, определяющих состояние эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе. Кроме того, до 2014 года между Правительством Республики Казахстан и Акиматами областей, городов и районов был заключен Меморандум по достижению целевых индикаторов деятельности. По итогам этого показателя оценивался рейтинг Акимов (области, города, села). За каждый случай выявленного туберкулеза в поздней - выявленной форме, урезался стимулирующий компонент подушевого норматива (СКПН) с медицинского учреждения. Все это определило цель изучения показателя заболеваемости - как одного из важных индикатора.

Материалы и методы. Используются данные статистической отчетности по туберкулезу: ТБ -07, ТБ -08, 8-здрав и данные электронной базы слежения за больными туберкулезом по ЮКО «Национальный регистр».

Результаты и обсуждения. Быстрый темп снижения заболеваемости населения туберкулезом за последние 10 лет: 2005-2014гг. позволяет на первый взгляд судить о благополучии эпидемиологической ситуации. Насколько правильно это суждение? С 2005г. по 2014г. заболеваемость снизилась на 42,3%: с 98,4 на 100 тыс. населения до 56,5, но выросла в 2,5 раза заболеваемость множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом: с 3,1 до 7,9 на 100 тыс. или каждый 7-й выявленный больной болен в настоящее время лекарственно-устойчивой формой туберкулеза. Удельный вес больных МЛУ ТБ среди впервые выявленных больных составил 13,9%. Почти в 2 раза возросло число больных, впервые признанных инвалидами по туберкулезу: с 259 случаев в 2010г. до 466 случаев в 2014г., инвалидизация населения в связи с туберкулезом соответственно возросла с 10,2 на 100 тыс. до 16,7. Увеличилась доля больных с ВИЧ ассоциированным туберкулезом с 2,2% до 4,1%.

Снизилась заболеваемость внелегочным туберкулезом (без плевритов) с 5,8 до 4,5 на 100 тыс.нас., но почти в 2 раза увеличилась доля больных с костно-суставным туберкулезом: с 27% до 46%. В структуре новых случаев внелегочные формы составили в 2014г. -23,3% при среднереспубликанском значении - 14,6%. Этот показатель является самый высокий по республике. Также неблагоприятна ситуация среди уязвимых слоев населения, в частности студентов, где заболеваемость в интенсивных показателях за последние 5 лет: с 2010г. по 2014г. возросла в 4 раза: с 34,1 до 125,5.

Отмечается снижение детской заболеваемости с 2005г. до 2014г. в 4,5 раза: с 23,6 до 5,2 на 100 тыс. нас., но сохраняется угроза инфицированности детей микобактериями туберкулеза в пределах 2,2% при стандарте ВОЗ не более 1%. За этот период в клинической структуре детского туберкулеза в 6 раз увеличились вторичные деструктивные формы туберкулеза- как инфильтративный: с 5,7% до 32% и в составе заболевших детей остается высоким удельный вес детей возрастной категории 0-4 лет - 26%. Утяжеление клинической структуры туберкулеза не может не повлиять на результаты лечения.

Так, успешное лечение больных новых случаев с бактериовыделением легочной формой туберкулеза снизилось с 75% в 2009г. до 69,6% в 2014г., при стандарте ВОЗ не менее 75%, в связи с лекарственной устойчивостью за этот период увеличился перевод больных в категорию IV: с 4,7% до 21,5%. Эффективность лечения среди больных МЛУ ТБ составила 66,3% (РК -73,5%) при стандарте ВОЗ не менее 75%; летальность -14,4% (РК -8,9%); неблагоприятный исход -10,5% (РК-7,3%); нарушение режима лечения - 7,2% (РК-7,2%); переведены -5% (РК -2,2%), когда рекомендуемые стандарты ВОЗ для последних 4 показателей не должны превышать 5%. Низкие результаты лечения больных с бактериовыделением и лекарственной устойчивостью свидетельствуют о недостаточности организации и контролируемости лечения на амбулаторном этапе, т.к. стационарный показатель - конверсия мазка, остается высоким - 93,1%. То есть при переходе больных на поддерживающую фазу, при отсутствии или несоблюдении непосредственного контролируемого лечения, теряется 30% результата, достигнутого в стационаре.

Аналогичная ситуация наблюдается и среди умерших от туберкулеза больных. Несмотря на снижение показателя смертности больных туберкулезом с 7,3 на 100 тыс.нас. в 2010 г. до 3,8 в 2014г., в структуре смертности увеличился удельный вес впервые выявленных больных из I категории с 2,6% и 8,5% соответственно. Высокая летальность первичных больных свидетельствует о запущенности процесса и позднем выявлении туберкулеза в связи с низкой фтизионастороженностью врачей общей лечебной сети.

Выводы: Таким образом, снижение количественных показателей по туберкулезу не всегда отражает эпидемиологическое благополучие ситуации. Необходимо рассматривать один показатель, в данном случае - заболеваемость, в корреляции с другими показателями, в т.ч. качественными, а также клиническими и возрастными характеристиками выявленных случаев.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бекимбаева Г.С., Серикбаева К.С., Кастыкпаева Л.В. Выявление корреляционной связи заболеваемости детей и подростков в РК с некоторыми эпидемиологическими факторами на современном этапе // Фтизиопульмонология. -2009, - №1(15)-С. -17-19

#### ТҮЙІН

**С.С.Құлтасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің фтизиатр дәрігері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 877713875518, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Т.К. Ақбаев**- Бәйдібек ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [baidibek\\_tub@mail.ru](mailto:baidibek_tub@mail.ru)

**Б.Ж. Мамбетов**- Түлкібас ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [trktubbol@mail.ru](mailto:trktubbol@mail.ru)

**Т.Б. Каримов** – Созақ аудандық туберкулезге қарсы бөлімшесінің меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [sozakrtd@mail.ru](mailto:sozakrtd@mail.ru)

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА АЛҒАШҚЫ АНЫҚТАЛҒАН ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМ НӘТИЖЕЛЕРІМЕН БАЙЛАНЫСТЫРУ

Сырқаттанушылық - аймақтағы туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайды анықтайтын көрсеткіш болып табылады. Бірақ, тек бір ғана көрсеткіштің нәтижесіне сүйене отырып, туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайдың жақсаруы туралы айтуға болмайды. Бұл көрсеткішті өлім – жітім, балалардың туберкулез микобактериясымен инфицирленуын, көп дәрігере тұрақтылықтың дәрежесін, клиникалық және жасы бойынша құрылымын зерттеп эпидемиологиялық жағдай бойынша шынайы мәлімет алуға болады.

**Кілт сөздер:** сырқаттанушылық, клиникалық құрылымы, оң нәтижелі микобактериясы бар қақырықтың теріс нәтижесіне айналу, жазылу, ауыстыру.

#### SUMMARY

**S.S.Kultasova** - doctor phthisiatrician regional TB dispensary, Shymkent, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**T.K. Akbayev** - chief physician of the TB dispensary, Baidibek district, South - Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, [baidibek\\_tub@mail.ru](mailto:baidibek_tub@mail.ru)

**B.J. Mambetov**- chief physician of the TB dispensary, the city of Turkestan, South - Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, [trktubbol@mail.ru](mailto:trktubbol@mail.ru)

**T.B. Karimov** - Chief protviotuberkuleznym department, Sozak region, [sozakrtd@mail.ru](mailto:sozakrtd@mail.ru)

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF NEWLY DIAGNOSED TUBERCULOSIS AND CORRELATION WITH TREATMENT IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

To explore the clinical structure of newly diagnosed TB in the South - Kazakhstan region and to compare the results of treatment. All of this will evaluate the effectiveness of TB control activities in the area. Conclusions: The incidence - is an indicator, determine the epidemiological situation of tuberculosis in the region. But we can not focus only on one indicator. The true picture of the epidemiological well-being can be obtained when considering the disease in aggregate with other indicators such as infection, mortality, multidrug resistance, etc. And to explore the clinical structure and the age category of cases.

**Keywords:** incidence, clinical structure, conversion, disinfected, translation.

УДК 616.25-003.2-073.75

**А.А. Мустапаева, Н.З. Шапамбаев, Г.А. Умурзакова**

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

**РОЛЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА**

## АННОТАЦИЯ

При синдроме плеврального выпота методы лучевой диагностики играют основную роль из всех инструментальных методов. А последовательность применения этих методик является, с точки зрения доказательной медицины более рациональной в тактике дифференциальной диагностики и адекватного лечения. УЗИ плевральной полости применяется в современной диагностике для оценки состояния пространства между листками плевры, окружающими легкое, а также для контроля за проведением биопсии.

**Ключевые слова:** лучевая диагностика, синдром плеврального выпота, ультразвуковое исследование.

Рентгенография. Компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Синдром плеврального выпота - это симптомокомплекс, который характеризуется скоплением патологической жидкости в плевральной полости, имеющий различный генез и свойства. Всегда развивается вторично, являясь синдромом или осложнением многих болезней: заболеваний лёгких, травм грудной клетки, заболеваний органов средостения и брюшной полости. И чаще всего может выдвигаться на первый план, маскируя основное заболевание. Может возникать за счет нескольких механизмов, включая повышенную проницаемость плевральных листков, повышенное давление в легочных капиллярах, снижение отрицательного внутриплеврального давления, снижение онкотического давления и обструкцию лимфатических путей оттока [1].

В зависимости от свойств накопившейся жидкости, а также характера патологического процесса в плевральной полости различают [2, 3, 5]: гидроторакс - накопление в плевральной полости трансудата, так называемой невоспалительной жидкости; гидротораксом также иногда называют накопление в плевральной полости жидкости неизвестных свойств и происхождения; экссудативный плеврит - это воспалительный процесс плевры, который сопровождается накоплением в плевральной полости экссудата - воспалительной жидкости; эмпиема плевры (пиоторакс)- гнойный воспалительный процесс плевры, который сопровождается накоплением в плевральной полости гноя; гемоторакс -накопление в плевральной полости крови; чаще всего встречается при травмах грудной клетки; хилоторакс - накопление в плевральной полости лимфы, которое бывает при травмах грудного лимфатического протока или опухолях средостения.

Лучевая диагностика - важнейший обязательный элемент дифференциальной диагностики плевральных выпотов. Наибольшую информацию при этом дает ультразвуковое исследование (УЗИ). С помощью УЗИ определяется не только объем выпота, но и по показателям эхогенности можно отличить серозный экссудат от гнойного. УЗИ позволяет повысить точность диагностики ограниченных синусовых, базальных, междолевых, осумкованных и плащевидных выпотов. Сочетание рентгенологических методов с УЗИ позволяет охарактеризовать не только распространенность и локализацию выпота, но и сосуществующие изменения легких и других внутренних органов. табл.1

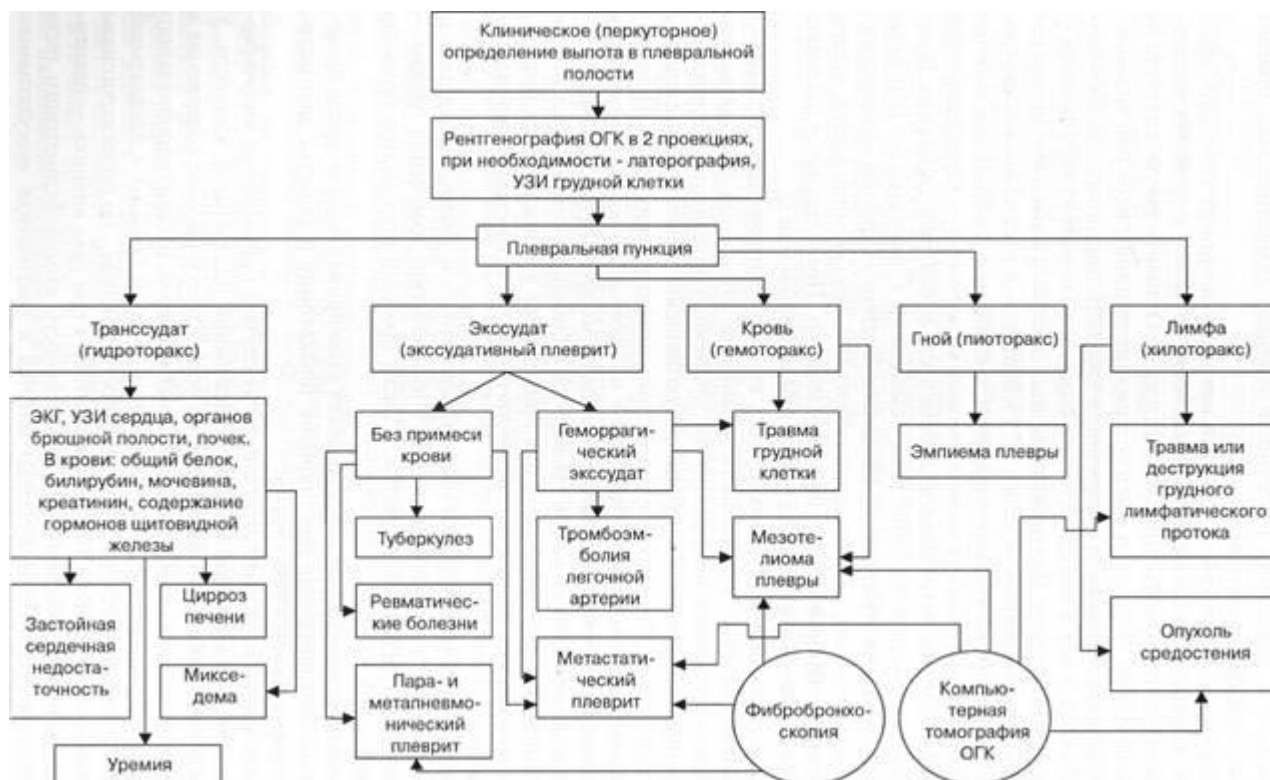


Таблица - Дифференциально-диагностический алгоритм синдрома плеврального выпота, проводимый в условиях терапевтического отделения.

При клиническом подозрении на плевральный выпот УЗИ грудной клетки должно выполняться первым среди всех методов лучевой диагностики. Оно позволяет безопасно, быстро и достоверно выявить наличие жидкости в плевральной полости, установить ее объем и этиологию, определить место для пункции, провести динамическое наблюдение и оценить остаточные явления. УЗИ должно шире использоваться в качестве разумной альтернативы рентгенологическому исследованию в тех вопросах, где информативность эхографии выше, но в целом эти методы следует расценивать не как взаимоисключающие, а как взаимодополняющие, что значительно повышает эффективность диагностики. Учитывая высокую информативность и радиологическую безопасность исследования, УЗИ грудной клетки должно стать основным методом лучевой диагностики плевральных выпотов [4].

Однако, ультразвуковой диагностике заболеваний плевры и плевральной полости посвящены единичные издания, мало статей по этой тематике и в специализированных журналах, недостаточно освещены многие вопросы методики и дифференциальной диагностики плевральных выпотов. При этом в клинической практике УЗИ грудной клетки все шире используется для визуализации различных патологических процессов в плевре.

Показаниями для проведения УЗИ являются: Неинвазивная диагностика минимальных объемов плеврального выпота; Выбор оптимального места проведения плевральной пункции у больных с небольшим объемом выпота в плевральных полостях;- Разграничение свободной и осумкованной жидкости в плевральных полостях, диагностика эмпиемы плевры;- Диагностическая оценка количества и уточнения границ плеврального выпота в процессе лечения.

Параметры, исследуемые в ходе УЗИ: объем плевральной полости, количество содержащейся в ней жидкости, локализация скопления жидкости, толщина и цельность плевры, наличие включений и новообразований.

В сложных диагностических случаях производится рентгенография органов грудной клетки в положении пациента лежа на больном боку - так называемая латерография [6]. Этим исследованием при наличии свободной жидкости определяется ее растекание вниз по грудной стенке в виде полосы затемнения с верхним горизонтальным уровнем. Однако, рентгенологические изменения выявляются лишь при накоплении в плевральной полости более 100–200 мл жидкости. Рентгенография (скопия) остается единственным способом постановки диагноза в случаях скопления жидкости в междолевых щелях (интерлобарный осумкованный плеврит различной локализации).

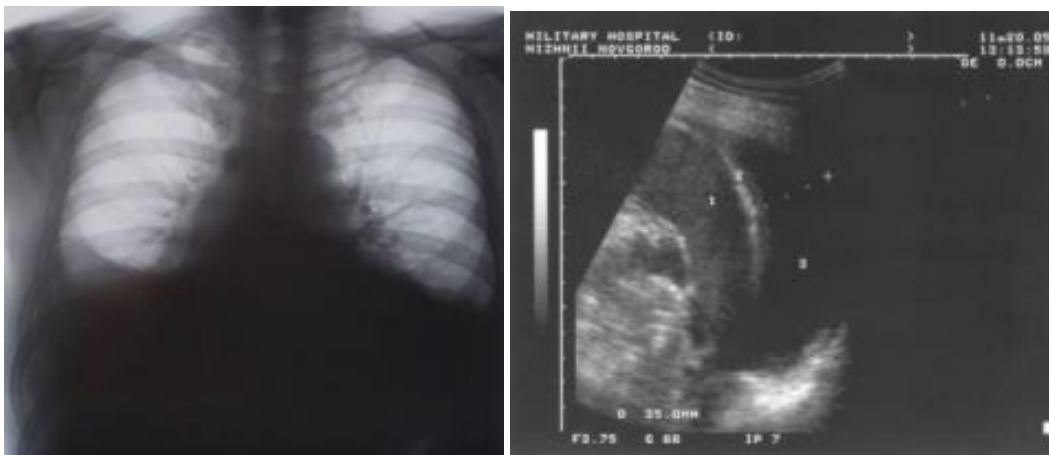


Рисунок – Грудная клетка пациента А., 1936 года рождения.

Пациент А., 1936 года рождения. (Рис.1) Находился на лечении в кардиологическом отделении: ишемическая болезнь сердца. Сердечная недостаточность. При проведении флюорографического исследования определяется наличие затенений базальных отделов обоих легочных полей справа с косой четкой верхней границей по нижнему краю переднего отрезка V-го ребра, слева по нижнему краю переднего отрезка VI-го ребра.

Заключение: двусторонний экссудативный плеврит [7]. Компьютерная томография является наиболее чувствительным методом выявления плеврального выпота. Минимальное количество жидкости, выявляемое при КТ, составляет 40-50мл. Это значительно превосходит диагностические возможности традиционного рентгенологического исследования.

Применение КТ для диагностики плеврального выпота показано в случаях, если тень жидкости или плевральных сращений на рентгенограммах перекрывает значительную часть легочного поля, а также при недостаточно определенных результатах рентгенологического и ультразвукового исследований, не позволяющих выявить характерные признаки жидкости в плевральной полости или правильно определить ее расположение. Кроме того, КТ является основным лучевым методом дифференциальной диагностики воспалительных и опухолевых плевритов. Основным преимуществом КТ в сравнении с обычным рентгенологическим исследованием и эхографией является более детальная оценка плевры на всем протяжении, включая медиастинальные, реберные и диафрагмальные ее отделы, а также более точное разграничение патологических изменений в плевральной полости и в легком. Рис. 2.



Рисунок 2 - Компьютерная томограмма в мягкотканом окне. Правосторонний экссудативный плеврит

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Лотов А. Н., Успенский Л. В., Павлов Ю. В. Ультразвуковое исследование в дифференциальной диагностике плевритов // Хірургія. — 2000. — № 2. — С. 41–44

2. Бондаренко Ю. М., Ильницький Р. І. Плевральні випоти і плеврити // Клінічна пульмонологія / за ред. І. І. Сахарчука — Київ: Книга плюс, 2003. — с. 191–219.
3. Волошин Я. М., Опанасенко М. С. Особливості клініки, діагностики та лікування екссудативних плевритів // укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 1997. — № 3. — с. 12–15.
4. Сафонов Д.В., Шахов Б.Е. Ультразвуковая диагностика плевральных выпотов (учебное пособие) // Международный журнал экспериментального образования. — 2015. — № 2 – с. 196-198
5. Дужий И. Д. Заболевания плевры: диагностические, хирургические и терапевтические аспекты. — Київ: Здоров'я, 1997. — 432 с.
6. Лайт Р. У. Болезни плевры: пер. с англ. - М: Медицина, 1986. - 376 с.
7. Овчинников А. А. Диагностика и дифференциальная диагностика плеврального выпота // Практическая пульмонология - 2006.- №3.

## ТҮЙІН

**А.А.Мұстапаева, Н.З.Шапамбаев, Г.А.Өмірзақова**  
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ.

### ӨКПЕ ҚАБЫНЫҢ ЖАЛҚЫҚ СИНДРОМЫН АНЫҚТАУДАҒЫ СӘУЛЕЛІК ДИАГНОСТИКА ӘДІСТЕРІНІҢ МАҢЫЗЫ

Өкпе қабының жалқық (экссудат) синдромында сәулелік диагностиканың инструменталді зерттеуді қолданудың маңызы зор. Сәулелік диагностика әдістерін ретімен қолдану дәлелді медицинада дифференциалды диагностикасы мен емдеуінде тиімді. Ультрадыбыстық зерттеу әдісі өкпенің, өкпе қабы қуысындағы өкпе қабы кеңістігі мен оның биопсияны өткізілуін бақылайтын заманауи диагностикасы. Кілт сөздер: плевралық тердің сәулелік диагностикасы, синдромы, ультра-дыбыс зерттеу.

## SUMMARY

**A.A. Mustapayeva, N.Z. Shapambyev, G.A. Umurzakova**  
South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy

### THE ROLE OF METHODS OF RADIATION DIAGNOSIS OF THE SYNDROME OF PLEURAL EFFUSION

The syndrome of pleural effusion radiological techniques play a major role in all instrumental methods. A consistent application of these techniques in terms of evidence-based medicine is more rational in tactics of differential diagnosis and adequate treatment. US of pleural cavity used is in modern diagnostics to assess the condition of the space between the sheets of pleura surrounding the lungs, as well as to monitor the biopsy.

**Key words:** radial diagnostics, syndrome of pleura, ultrasonic research.

УДК 616.24-002.5-07:343.81

**Касаева Л.Т.** – и.о. доцента кафедры терапевтических дисциплин Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии, к.м.н.

**Тасова Ж.А.** - заместитель начальника по лечебно-профилактической работе ИЧ-167/2 ДУИС по ЮКО МВД РК, майор юстиции

**Искендеров С.Т.** - врач-фтизиатр ИЧ-167/2 ДУИС по ЮКО МВД РК

**Есалиева А.А.** - врач-фтизиатр ИЧ-167/2 ДУИС по ЮКО МВД РК

### ТУБЕРКУЛЕЗ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

## АННОТАЦИЯ

Статья посвящена изучению клинико-эпидемиологической особенности туберкулеза в пенитенциарной системе, результаты лечения туберкулеза среди осужденных за 2012-2014 годы по ЮКО МВД РК за 2012-2014годы.

**Ключевые слова:** туберкулез, пенитенциарная система, бактериоскопия мокроты, флюорография.

Туберкулез продолжает оставаться глобальной проблемой во всем мире, в том числе и в Республике Казахстан. Пенитенциарная система является неотъемлемой частью общества. Для решения проблемы роста туберкулеза в исправительных колониях одно из учреждений по ЮКО в 1998г. перепрофилирована в колонию для содержания и лечение осужденных больных туберкулезом. За противотуберкулезным



учреждением закреплены следственные изоляторы и исправительные колонии Алматинской, Атырауской, Актюбинской, Мангыстауской, Жамбылской, Кызылординской, Западно-Казахстанской и Южно-Казахстанской областей. Медицинская помощь в следственных изоляторах и исправительных учреждениях осуществляется согласно Постановления Правительства Республики Казахстан №430 от 07.04.2012 года «Правила оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения» и приказа Министерства Здравоохранения и социального развития РК №19 от 22.08.2014г. «Об утверждении Инструкции по организации и осуществлению профилактических мероприятий по туберкулезу».

Целью настоящей работы является изучение клинико-эпидемиологических особенностей туберкулеза в ИЧ-167/2 ДУИС по ЮКО МВД РК за 2012-2014годы.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами изучены ретроспективно истории болезни осужденных, больных туберкулезом находившихся в условиях ИЧ-167/2 за 2012-2014 год. Учитывались все случаи заболевания туберкулезом, выявленные в учреждениях закрепленных за противотуберкулезным учреждением ИЧ-167/2 по ЮКО. Необходимо отметить, что с целью активного выявления туберкулеза в пенитенциарной системе проводится обязательное ежегодное 2-х кратное флюорографическое обследование. Выявление туберкулеза путем микроскопии мокроты у осужденных не является приоритетным в связи с отсутствием микроскопической бактериологической лаборатории в исправительных учреждениях. Осужденные из привычного им образа жизни попадают в социально-дезадаптированные условия, подвергаются риску «стихийных» контактов, высокий психико-эмоциональный фактор, скученность, снижение иммунитета и внимание самих осужденных к собственному здоровью, что обусловлено низкой санитарной грамотностью среди осужденных, являются факторами способствующим заболеванию туберкулезом.

Обращает на себя тот факт, что новые случаи заболевания среди осужденных регистрируются впервые месяцы пребывания в местах лишения свободы. И подвержены инфицированию в основном молодой трудоспособный возраст от 25 до 35лет. Заболеваемость туберкулезом среди осужденных за исследуемый период составляет за 2012году - 2510,6 на 100 000 населения, в 2013году – 2330,8 и в 2014г.- 1111,6 на 100 000 населения, то есть отмечается стойкая тенденция к снижению заболеваемости за обозначенный период в 2,3 раза или 45%.

Впервые выявленный туберкулез органов дыхания среди осужденных в 2012году составляет 236 случая, в 2013году - 218 и 2014году – 113 случаев соответственно. Среди впервые выявленных по клиническим формам в большинстве случаев диагностирован инфильтративный туберкулез легких, а именно в 2012году - 46,8%, в 2013году - 44,9% и в 2014году - 91%. Удельный вес бактериовыделителей среди новых случаев составил в 2012году 47,8%, 2013году – 53,8% и 2014году 73,5% соответственно, что свидетельствует о росте случаев бактериовыделения почти в 2 раза. Это может быть связано с улучшением этиологической диагностики туберкулеза в пенитенциарной системе в целом. В тоже время этот контингент является самым эпидемиологически опасным, особенно в условиях скученности в камерах.

Таблица 1 – Результаты лечения туберкулеза среди осужденных за 2012-2014 годы

Годы	Всего зарегистрировано	Вылечен	Лечение заверше Но	Неудача лечения	Перевод в 4 кат	Умерло	Переве ден
2012г	236	53(22,5%)	58 (24,6%)	32(13,5%)	35(14,8%)	1 (0,43%)	57(24,2%)
2013г	218	42 (19,2%)	74(33,9%)	15(6,8%)	41(18,8%)	0	46(21,1%)
2014г	113	33 (29,2%)	28(24,7%)	3(2,6%)	27(23,8%)	0	22(19,4%)

Из таблицы 1 видно, что за исследуемый период результаты лечения туберкулеза среди осужденных в большинстве случаев имел исход вылечен, лечение завершено, что свидетельствует прежде всего о повышении приверженности к лечению среди осужденных, усилении непосредственного контроля лечения. Результат лечения как неудача, может быть связан с большой долей больных с лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, в том числе – множественной; недостаточное применение патогенетических и хирургических методов лечения, большой доли больных с сочетанной ТБ и ВИЧ инфекцией, а также позднее выявление больных туберкулезом.

Таким образом, в пенитенциарной системе Южно-Казахстанской области отмечается снижение заболеваемости туберкулезом. Приоритетным методом в диагностике туберкулеза среди осужденных является плановое флюорографическое обследование. Удельный вес бактериовыделителей среди новых больных высокий. Все это свидетельствует в целом о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в местах лишения свободы и диктует необходимость создания системы инфекционного контроля в

тубучреждениях, совершенствования выявления, диагностики и лечения с учетом чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

## ЛИТЕРАТУРА

- 1.Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в РК // Фтизиопульмонология. – 2012.-№1 (20). - С. 4-6.
- 2.Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А., Ержанов О.Ш. Култасова С.С., Сергазина А.О., Шегелов Д.К. Клинико-эпидемиологические особенности патоморфоза инфильтративного туберкулеза. Фтизиопульмонология.-2012- №1(20) - С.53-54.

## ТҮЙІН

**Касаева Л.Т.** - Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, терапиялық пәндер кафедрасының доценті м.ғ.д

**Тасова Ж.А.** - ОҚО бойынша ІІМ ҚР ҚТЖД ІЧ-167/2 емдеу – профилактикалық басшысының орынбасары, әділет майоры

**Искендеров С.Т.** - дәрігер-фтизиатр ІЧ-167/2 ОҚО бойынша ІІМ ҚР ҚТЖД

**Есалиева А.А.** - Дәрігер-фтизиатр ІЧ-167/2 ОҚО бойынша ІІМ ҚР ҚТЖД

## ПЕНИТЕНЦИАРЛЫ ЖҮЙЕДЕГІ ТУБЕРКУЛЕЗ

Бұл мақалада ОҚО бойынша ҚР ІІМ ҚТЖД 2012-2014 жылғы сотталғандар арасында туберкулездің клинико-эпидемиологиялық ерекшеліктері және емдеудің нәтижелері анықталған.

**Кілт сөздер:** туберкулез, пенитенциар жүйесі, қақырық бактериоскопиясы, флюорография.

## SUMMARY

**Kasayeva of L.T.** - MD. it is of associate professor of department of therapeutic disciplines of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

**Tasova Zh.A.** - it is a depchief on medical and preventive work of on SKS МБД of RK, major of justice

**Iskenderov C.T.** - it is a doctor-phthisiologist on SouthKS of RK

**Esaliyev A.A.** - it is a doctor-phthisiologist on SouthKS of RK

## TUBERCULOSIS IS IN PENITENTCTARY SYSTEM

Article to the посвяшена study of клинико-эпидемиологической feature of tuberculosis in the penitentctary system, results of treatment of tuberculosis among convict for 2012-2014 on SKS МБД of RK after 2012-2014year.

**Keywords:** tuberculosis, penitentctary system, bacterioscopy of sputum, fluorography.

**С.С.Култасова** - врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент. Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, 87713875518, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Г.Е.Сералиева**- заведующая диспансерным отделением межрайонного диспансера, Сайрамский район, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**А.Ж.Андакулова**- врач фтизиатр районного противотуберкулезного диспансера, Махтаральский район, Южно- Казахстанская область, Республика Казахстан e-mail: [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### Аннотация

Цель работы: оценить результаты лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (далее МЛУ ТБ), изучить основные причины, влияющие на низкую эффективность лечения среди данной когорты пациентов. Представлены результаты лечения 468 больных резистентным туберкулезом легких, зарегистрированных в 2011-2012гг. Взята именно эта когорта больных, т.к. длительность курса химиотерапии составляла не менее 18 -24 месяцев, 6 месяцев из них на интенсивной фазе. Развитию и увеличению роста лекарственно- устойчивых форм туберкулеза способствуют множество факторов, а именно: небрежное отношение больного к своему здоровью, перерывы в лечении, недостаточный контроль применения препаратов на протяжении всего курса, особенно на амбулаторном

этапе, наличие стойких побочных эффектов, из-за которых приходится прерывать лечение. Все эти факторы снижают эффективность лечения и негативно влияют на конечный результат. Только интенсификация противотуберкулезных мероприятий на всех этапах общественного здравоохранения и активное межведомственное взаимодействие могут повлиять на снижение МЛУ ТБ в обществе.

**Ключевые слова:** МЛУ ТБ, резистентность, эффективность лечения, побочные эффекты, амбулаторный этап.

**Введение:** МЛУ ТБ - это туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, вызванный *Mycobacterium tuberculosis* (далее - МБТ), штаммы которого устойчивы, по меньшей мере, к - рифампицину.

**Материалы и методы:** для анализа и оценки результатов лечения была взята когорта больных с МЛУ ТБ 2012-2013гг., т.к. эффективность лечения больных с устойчивыми формами оценивается, как минимум, через 2 года. За этот период были изучены истории болезни 468 больных с МЛУ ТБ, пролеченных в областном противотуберкулезном диспансере, г. Шымкент, изучены решения Центральной врачебной консультативной комиссии (далее ЦВКК). Запрошены амбулаторные карты больных Сайрамского и Махтааральского районов, как наиболее больших и густонаселенных регионов области.

**Результаты и обсуждения:** Все больные интенсивную фазу лечения принимали в стационаре. Поддерживающая фаза проводилась амбулаторно, т.е. в условиях поликлиник, сельских врачебных амбулаторий, фельдшерских пунктов, дома. Часть больных получала поддерживающую фазу в течение 1-2 месяцев в санатории Балыкши Тулькубасского района. Всем больным до начала терапии проведены необходимые обязательные и косвенные методы исследования. Среди больных, взятых на лечение мужчин было 292 (62,3%), женщин 176 (37,7%), в возрасте от 18: до 75 лет. Большинство больных в возрасте 20-49 лет – 355 (75,9%). Из общего количества больных не работали – 337 (72,0%), находились в местах лишения свободы – 16 (3,4%), ранее леченные – 359 (76,7%). По клиническим формам у 65 больных (13,9%) выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез, у 366 (78,2%) инфильтративный туберкулез, у 14 (3,0%) – диссеминированный туберкулез, у 2 (0,4%) казеозная пневмония (таблица 1).

**Таблица 1 - Клинические формы туберкулеза у больных**

Клинические формы	абс. ч.	%
Инфильтративный туберкулез легких	366	78,2
Диссеминированный туберкулез легких	14	3,0
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	65	13,9
Казеозная пневмония	2	0,4
Первичный тубкомплекс	1	0,2
Туберкулез костей и суставов	4	0,9
Туберкулезный плеврит	9	1,9
Милиарный туберкулез легких	2	0,4
Очаговый туберкулез легких	1	0,2
Итого:	468	100,0

Как видно из таблицы 1, в клинической структуре основную долю (78,2%) больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом. Сопутствующими заболеваниями страдали 76 (16,2%) больных, в т.ч. сахарным диабетом – 12 (2,6%); - ВИЧ/СПИД – 11 (2,4%);- хроническим бронхитом – 35 (7,5%);- хроническим гастритом – 8 (1,7%);- хроническим гепатитом – 2 (0,4%- язвенной болезнью желудка и 12п.к. – 2 (0,4%);- артериальной гипертензией – 6 (1,3%). Мультилекарственная устойчивость обнаружена у 117 больных (25,0%), полирезистентность – у 59 (12,6%), монорезистентность – у 42 больных (9,0%).

Побочные явления препаратов у больных, находящихся на интенсивной фазе лечения, наблюдались у 198 (42,3%) больных. Из них в виде диспепсических реакций (тошнота, рвота, боли в эпигастральной области, отрыжка, снижение аппетита) – у 96 больных (20,5%), токсический гепатит – у 27 (5,8%), аллергические реакции (кожный зуд, сыпь, покраснение) – у 29 больных (6,2%), психические нарушения (галлюцинации, психомоторное возбуждение, бессонница) – у 35 (7,5%), тугоухость у 1 больного (0,2%). Симптомы плохой переносимости препаратов появлялись у больных уже на первой неделе от начала лечения. Следует отметить тот факт, что чаще всего побочные явления возникали при употреблении препаратов отечественного производства. Препараты временно отменялись лишь в случаях некупирования от назначаемой терапии, но имеются случаи и полной отмены препарата в связи с непереносимостью. Дополнительно назначались витамины группы В, глютаминовая кислота, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

По исходам лечения больных можно сделать следующее заключение. Положительные исходы лечения (вылечен и лечение завершено) имели 310 больных (229 и 81 соответственно), что составляло 66,3%, при стандарте 75%. Неблагоприятный исход наблюдался у 45 больных (9,6%) при стандарте ВОЗ – не более 5%, нарушили режим 30 больных (6,4%), умерло 55 больных, что составляло 11,7% (стандарт ВОЗ - 5%), переведено 28 больных (6,0%).

Таблица 2 - Исходы лечения больных

Всего больных	Вылечен, лечение завершено		Неудача лечения		Нарушило режим		Умерло		Переведено	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
468	310	66,3	45	9,6	30	6,4	55	11,7	28	6,0

Несмотря на проводимые мероприятия, как с самими больными, так и с их родственниками, о необходимости непрерывного лечения для успешного завершения (с этой целью в последние годы организованы Школы пациента во всех противотуберкулезных учреждениях области) и лечащим врачом, и обслуживающим средним медперсоналом, из 468 больных нарушило режим 22 больных. 10 из этих больных в дальнейшем продолжили лечение, 10 оторвались от диспансеризации, 2 умерли. Один из 22 нарушителей имел судимость, один не имеет определенного места жительства. Из 32 неудач лечения 14 больных умерли, 5 из них от других причин, у 4 – при дальнейшем продолжении лечения вновь был неудачный исход, 11 продолжают лечение по настоящее время, 3 – вылечены. Один из этих больных не имеет определенного места жительства. Обобщая анализ больных, взятых на лечение в 2011-2012гг. можно сделать следующее: основной процент устойчивого туберкулеза составляют лица работоспособного возраста (71,1%), лица, не имеющие работы (72,0%). Причем 76,7% резистентных форм туберкулеза возникают у ранее лечившихся пациентов. Чаще болеют мужчины (62,3%). По клинической структуре преобладает инфильтративный туберкулез (78,2%). Таким образом, на основании выше изложенного можно предполагать, что основными причинами низкой эффективности лечения больных МЛУ ТБ являются неудачи в лечении (9,6%) в результате несоблюдения контролируемого лечения на амбулаторном этапе, а также нарушения режимов химиотерапии или самовольный отказ от лечения (6,4%), что пропорционально влияет на увеличение летальных исходов (11,7%) и усугубляет эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в области.

**Выводы:** Для повышения эффективности лечения больных МЛУ ТБ и достижения стандартов, рекомендуемых ВОЗ-75% необходимо усилить контроль за непосредственным лечением на амбулаторном этапе в первичной сети, повысить санитарную грамотность больных и всего населения по МЛУ ТБ, как глобальную бактериологическую угрозу человечеству.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство «Роль сети первичной медико – санитарной помощи в контроле над лекарственно-устойчивым туберкулезом в РК -г. Алматы, -НЦПТ РК, - 2013г).

#### ТҮЙІН

- С.С.Құлтасова**– облыстық туберкулезге қарсы диспансер, Шымкент қ. Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, 87713875518, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- Г.Е.Сералиева**- Сайрам ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің емхана бөлімінің меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)
- А.Ж.Андакулова**- Мақтарал аудандық туберкулезге қарсы диспансерінің дәрігер фтизиатры, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)

#### ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА КӨПТЕГЕН ДӘРІЛЕРГЕ ТҰРАҚТЫ ТУБЕРКУЛЕЗДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Бұл мақалада 2011-2012 жылдары тіркелген өкпе туберкулезінің резистентті түрімен ауыратын 468 науқастың емдеу нәтижесі көрсетілген. Химиотерапия емінің ұзақтығы 18 айдан кем болмаған, оның 6 айы – қарқынды фазасында. Өкпе туберкулезінің резистентті түрлерінің пайда болуы алдығы ем қабылдауына байланысты. Екінші қатардағы препараттарының ауырлығына, қосымша аурудың барына қарамастан, үзбей ем қабылдағанда бұл аурудан жазылып кетуге әбден мүмкіндік бар.

Қоғамдық денсаулық сақтау саласының барлық кезеңдерінде туберкулезге қарсы қызметті жандандыру және белсенді ведомствоаралық ынтымақтастықты күшейтудің арқасында КДКТ-нің төмендеуіне әсер етуге болады.

**Кілт сөздер:** КДКТ, тұрақтылық, ем нәтижесі, кері әсерлер, амбулаторлық этап.

#### RESUME

- S.S.Kultasova** – regional antituberculosis clinic, c. of Shymkent, Republic of Kazakhstan, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- G.E.Seralieva**- Sairam head of the TB clinic to clinic, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [sayram\\_rtd@mail.ru](mailto:sayram_rtd@mail.ru)

**A.Zh.Andakulova**- Makhtaral TB doctor at the clinic, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan e-mail: [maktaral-rtd@mail.ru](mailto:maktaral-rtd@mail.ru)

#### RESULTS TB PATIENTS WITH MULTIDRUG RESISTANCE IN THE SOUTH - KAZAKHSTAN REGION

The results of treatment are presented 468 patients by a resistance with of registered plague in 2010 year. Duration of course of chemotherapy of not less than 18 months, from them on an intensive phase. The origin of resistant forms of tuberculosis is straight related to the receipt of preceding course of chemotherapy. But in spite of bad bearableness presence of concomitant diseases at the diligent and timely use of preparations of the second row it is possible to obtain the high results of treatment. Development and increase the growth of drug-resistant forms of tuberculosis contribute to a number of factors, namely: the careless attitude to the health of the patient, treatment interruptions, lack of control the use of drugs throughout the course, particularly in the outpatient stage, the presence of persistent side effects, due to which I have to interrupt treatment. All of these factors reduce the effectiveness of treatment and adversely affect the final result. Only the intensification of anti-TB activities at all stages of the public health and active inter-agency cooperation can affect the reduction of MDR-TB in the community.

**Keywords:** MDR-TB resistance, treatment efficacy, side effects, outpatient stage

**С.С.Култасова** - врач фтизиатр областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**Г.С. Ештаева** – физиогинеколог областного противотуберкулезного диспансера, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**М.А.Сейтханов** – заместитель главного врача по качеству, областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент, Южно- Казахстанская область, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**К.С. Усипбеков**- главный врач Сарыагашского межрайонного противотуберкулезного диспансера, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**П.А.Сейтов**- заведующий противотуберкулезным отделением Ордабасинского района, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан, [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

#### ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

##### АННОТАЦИЯ

Цель работы: изучить частоту новых случаев туберкулеза среди женщин фертильного возраста, возрастную и клиническую структуру впервые заболевших лиц. Выводы: Несмотря на снижение в области заболеваемости среди женщин фертильного возраста, утяжеляется его клиническая структура, особенно в 2014г.: рост первичной МЛУ ТБ ( до 12,8%), высокий удельный вес среди внелегочных форм -костно-суставного туберкулеза ( 31,6%), мочеполового туберкулеза (15,6%), туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС (6,6%). Каждая третья ЖФВ– выявляется с деструктивной формой туберкулеза и с бактериовыделением. Ежегодно в период беременности в среднем заболевает до 15 женщин, после родов – 28, пополняя резервуар активных больных. Все это указывает на низкую санитарную просвещенность женщин фертильного возраста и отсутствие преемственности между специалистами разных звеньев по профилактике туберкулеза.

**Ключевые слова:** фертильный возраст, множественная лекарственная устойчивость, деструкция, структура, контрацепция.

Фертильный возраст — период в жизни женщины, в течение которого она способна к вынашиванию и рождению ребенка. В демографии фертильный возраст принимается от 15 до 49 лет.

Материалы и методы: В статье использованы статистические отчетные формы Тб 04-ТБ-08, 8 - здоров и данные электронной базы слежения за больными туберкулезом «Национальный регистр по ЮКО» за 2010-2014г.г.

Результаты и их обсуждение. В последние годы в Республике, в т.ч. и Южно- Казахстанской области, отмечается стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Заболеваемость за последние 5 лет: с 2010-2014г.г. снизилась на 24 %: с 74,3 на 100 тыс.нас. до 56,5 (РК на 30,3%). Такое же благополучие эпидемиологической ситуации отмечается во всех возрастных категориях, в т.ч. и среди женщин фертильного возраста (далее ЖФВ), где показатель заболеваемости снизился на 31,3%: с 98,5 в 2010 г. до 67,7 на 100

тыс.населения или с 655 случаев до 468 соответственно (в РК на 34,3%: с 123,3 до 80,9 на 100 тыс. нас.). Динамика общей заболеваемости и среди ЖФВ в интенсивных показателях представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика общей заболеваемости и среди женщин фертильного возраста на 100 тыс.нас.

годы	Заболеваемость туберкулезом				Удельный вес ЖФВ (%)
	Всего		В т.ч. среди женщин фертильного возраста		
		100 тыс.нас	Абс.ч.	100 тыс.нас	
2010	1886	74,3	655	98,5	34,7
2011	1740	67,6	589	86,2	33,9
2012	1670	64,6	561	82,1	33,6
2013	1609	60,7	531	76,6	33,0
2014	1560	56,5	468	67,7	30,0

Как видно из таблицы 1. отмечается тенденция к динамическому снижению как общей заболеваемости, так и среди женщин фертильного возраста. Удельный вес ЖФВ среди впервые выявленных больных составляет в среднем 33%. Была изучена возрастная категория женщин фертильного возраста, заболевших туберкулезом за период 2010-2014гг.(2804 лиц). Как видно из таблицы 2. туберкулез превалирует в возрастной категории лиц 18-24 лет (31,3%) и 25-29 лет (21,9%).

Таблица 2 - Распределение ЖФВ, больных туберкулезом по возрастам.

возраст	Всего	
	абс.ч.	%
13-17	190	6,8
18-24	879	31,3
25-29	614	21,9
30-34	367	13,1
35-44	561	20,0
45-49	193	6,9
Итого	2804	100,0

Из городской местности заболело 76,4%, сельской -23,6%, причем больных туберкулезом из сельской местности, с каждым годом становится меньше, чем из города (25,6 в 2010г., 13,7% - в 2014г.), что требует усиления фтизионастороженности специалистов городских женских консультаций. Легочный туберкулез составил – 79,3%, внелегочный-20,7%. В структуре легочного туберкулеза превалируют инфильтративные формы туберкулеза (78,8%), бактериовыделение -29,4%. В структуре внелегочного туберкулеза - высокий удельный вес плевритов, которые были отнесены в 2011г. в категорию внелегочных форм и составляют 76,6%. Из чисто внелегочных форм (136) за вычетом плевритов, лидирует туберкулез костей и суставов -31,6%, мочеполовой -15,6%, туберкулез мозговых оболочек и ЦНС составил 6,6%, Первичная множественная лекарственная устойчивость (далее МЛУ ТБ) в среднем составила -8,5%, причем отмечается тенденция к ее нарастанию: в 2010г.- 5%, в 2011г.-10%, в 2012г.-7,5%, в 2013г.-8,9%, в 2014г.-12,8%, как деструктивных форм туберкулеза с 28,6% в 2012г. до 33,4% в 2014г., таблица 3.

Таблица 3 - Распределение больных по нозологическим формам

Нозологические формы	2010	2011	2012	2013	2014	Всего	%
Всего новых случаев	655	589	561	531	468	2804	100,0%
Туберкулез легких	508	462	446	429	379	2224	79,3
Фиброзно-кавернозный	1	-	-	1	-	2	0,1
Милиарный	7	1	2	2	1	13	0,5
Инфильтративный	500	461	444	426	378	2209	78,8
С бактериовыделением	146	127	151	118	114	656	29,4
Из числа б-х ТБ легких имели фазу распада	217	149	128	118	126	738	33,2
Первичная ТБМЛУ	33	57	42	47	60	239	8,5
Первичная ШЛУ ТБ	0	0	0	1	0	1	0,01
Нозологические формы	2010	2011	2012	2013	2014	Всего	%
Внелегочный ТБ	147	127	115	102	89	580	100,0



В т.ч. плевриты	118	97	87	77	65	444	76,6
Внелегочный без плевритов	29	30	28	25	24	136	100,0
Мозговых оболочек и ЦНС	2	3	1	2	1	9	6,6
Костей и суставов	8	9	13	8	5	43	31,6
Мочеполовых органов	5	5	5	-	6	21	15,6
Внелегочный ТБ других органов	14	13	9	9	17	62	45,6

Рост первичной лекарственной устойчивости, туберкулеза костно-суставной, мочеполовой систем и деструктивных легочных форм среди заболевших ЖФВ, несмотря на снижение туберкулеза среди них, свидетельствует об утяжелении клинической структуры и течения заболевания. Ежегодно в период беременности впервые заболевает в среднем 15 женщин, после родов- 28. Особенно проблема актуальна среди ЖФВ в послеродовой период на фоне снижения защитных функций организма. Если в 2012г. по данным Национального регистра на диспансерном учете состояло 39 женщин в послеродовом периоде, больных активным туберкулезом, в 2013г. – 56, то в 2014г. состоит 77.

В связи с тем, что применение средств контрацепции воспринимаются ЖФВ не совсем адекватно по различным причинам (первая беременность, поздняя беременность, желание родить долгожданного сына после нескольких девочек), охват не достигает 100% (в ЮКО - в среднем 92%). В южных регионах области: в Сарыагашском -84,1%. Махтааральском -89,3%. Все эти данные были получены при ручной сверке статистических отчетов. Но, при мониторинговых визитах в регионы, фактический охват ЖФВ бывает ниже и колеблется в пределах 60-70%. Нет преемственности между участковыми фтизиатрами, гинекологами поликлинических структур, женских консультаций и участковыми терапевтами, которая должна соблюдаться следующим образом: фтизиатр должен составить список ЖФВ, больных туберкулезом и предоставить участковым терапевтам и гинекологам для дальнейших мер, в т.ч. контрацепции. Каждый специалист на своем этапе должен качественно провести разъяснительную работу по профилактике туберкулеза, объяснить побочные действия, а в некоторых случаях - тератогенное действие противотуберкулезных препаратов и цель применения средств контрацепции.

Таким образом, несмотря на снижение в области заболеваемости среди женщин фертильного возраста, утяжеляется его клиническая структура, особенно в 2014г.: рост первичной МЛУ ТБ ( до 12,8%), высокий удельный вес среди внелегочных форм -костно-суставного туберкулеза ( 31,6%), мочеполового туберкулеза (15,6%), туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС (6,6%). Каждая третья ЖФВ– выявляется с деструктивной формой туберкулеза и с бактериовыделением. Ежегодно в период беременности в среднем заболевает до 15 женщин, после родов – 28, пополняя резервуар активных больных. Низкая санитарная просвещенность ЖФВ по профилактике туберкулеза и неэффективная работа врачей гинекологов по применению средств контрацепции.

**Выводы:** Сложившаяся ситуация требует усиленных мероприятий по снижению и профилактике туберкулеза среди женщин фертильного возраста. Необходимо наладить преемственность в работе между участковыми фтизиатрами, участковыми терапевтами и гинекологами поликлинических структур и женских консультаций в вопросах санитарного просвещения ЖФВ и 100% охвата средствами контрацепции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шилова М.В.// Проблемы туберкулеза. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской федерации к началу 2009г. –М.2010.- С. -14-17.

#### ТҮЙІН

- С.С.Құлтасова** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің фтизиатр дәрігері, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- Г.С. Ештаева** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің фтизиогинекологі, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- М.А.Сейтханов** – облыстық туберкулезге қарсы диспансерінің сапасы бойынша бас дәрігердің орынбасары, Шымкент қ, Оңтүстік Қазақстан облысы, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)
- Қ.С. Үсіпбеков**- Сарыағаш ауданаралық туберкулезге қарсы диспансерінің бас дәрігері Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)
- П.А.Сейтов**- Ордабасы аудандық туберкулезге қарсы бөлімшесінің меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы, e-mail: [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

#### БАЛА ТУУ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ



Бала туу жасындағы әйелдер арасында туберкулездің төмендеуіне қарамастан, оның клиникалық структурасының күрделініп жатқаны байқалады, әсіресе 2014 жылы алғашқы тұрақтылық түрлерінің 12,8 пайызға, сүйек – буын (31,6%), несеп жыныс жолдарының (15,6%), ми қабышықтары мен орта нерв жүйесінің (6,6%) туберкулезі көбейгені айқын. Әр үшінші әйелде- өкпе қуысының ыдырауы мен таяқшаға оң нәтижелі түрлері анықталға. Жылда жүктілік кезінде 15, ал босанғаннан кейінгі кезеңінде -28 әйел ауырып қалады. Бұл жағдай әле де бала туу жасындағы әйелдер арасында санитарлық- ағарту жұмыстың жүргізілу деңгейінің төмендігі және медицина саласының қажетті мамандардың (фтизиатр, аймақтық дәрігер және гинеколог) өзара байланыстың жоқтығын көрсетеді.

Кілт сөздер: бала туу жасындағы әйел, көптеген дәрілерге тұрақтылық, ыдырау, структура, контрацепция.

#### RESUME

**S.S.Kultasova** - doctor phthisiatrician regional TB dispensary, Shymkent, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**G.S. Eshtaeva** - ftizioginekolog regional TB dispensary, Shymkent, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**M.A.Seythanov** - deputy chief medical officer for quality, Regional TB Dispensary, Shymkent, South Kazakhstan region, e-mail: [optd\\_yuko@mail.ru](mailto:optd_yuko@mail.ru)

**K.S. Usipbekov**- chief physician Saryagashsky interdistrict tuberculosis dispensary, South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, [sarrptd@mail.ru](mailto:sarrptd@mail.ru)

**P.A.Seitov**- TB department head of Ordabasy district of the South Kazakhstan region, Republic of Kazakhstan, [ordatub@mail.ru](mailto:ordatub@mail.ru)

#### EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL TUBERCULOSIS STRUCTURE WOMEN OF CHILDBEARING AGE

To study the incidence of new cases of tuberculosis among women of childbearing age, and the age structure of the first clinical cases of persons. Conclusions: Despite the decline in incidence among women of childbearing age, it becomes heavier clinical structure, especially in 2014. ∴ the growth of primary MDR-TB (up to 12.8%), the highest share among the extrapulmonary forms - костно-артикуляр tuberculosis (31.6 %), urogenital tuberculosis (15.6%), tuberculosis of the meninges and the central nervous system (6.6%). Every third ZHFV- revealed a destructive form of tuberculosis and smear. Every year during pregnancy on average 15 sick women after childbirth - 28, adding to the reservoir of active patients. All this points to a low health education of women of childbearing age and the lack of continuity between the specialists of different units for the prevention of tuberculosis.

Key words: fertility age, multidrug resistance, destruction, structure, contraception.

\*Информация

#### ЕСТЬ ТОЛЬКО МИГ МЕЖДУ ПРОШЛЫМ И БУДУЩИМ ИЛИ ПАМЯТИ ОРГАНИЗАТОРУ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРОФЕССОРУ СКРЕБЦОВУ БОРИСУ АНДРЕЕВИЧУ ПОСВЯЩАЕТСЯ

В 2015 году ему исполнилось бы 78 лет. Его жизненный путь был тесно связан не только с фтизиатрической службой ЮКО, но и Казахстана. Его талант и организаторские способности на начальном этапе становления этой службы в республике были направлены на усовершенствование вопросов раннего выявления, диагностики и профилактики туберкулеза



Скребцов Борис Андреевич родился 18 января 1937 года в селе Старо-Марьевка Грачевского района Ставропольского края, где в 1954 году окончил общеобразовательную школу. В этот же год поступил в Ставропольский Государственный медицинский институт. В 1960 году после окончания вуза по специальности «Лечебное дело» получил направление на работу в распоряжение Шымкентского Облздравотдела. Запись в трудовой книжке гласит, что с 23.07.1960г. был принят в противотуберкулезный диспансер на должность участкового врача-фтизиатра г. Кентау Южно-Казахстанской области, а уже в 1961 году был назначен главным врачом этого диспансера. В этой должности Борис Андреевич проработал 18 лет до апреля 1979 года.

Говоря о развитии фтизиатрической службы в республике, нельзя обойтись без короткого описания развития и становления фтизиатрической службы в ЮКО. На заре формирования и становления противотуберкулезной службы республики, по проведению противотуберкулезных мероприятий и внедрению новых методов диагностики и лечения, Чимкентская область была в числе передовых. В 1963 году по приказу министра здравоохранения Казахской ССР, в числе первых в Чимкентском областном диспансере была открыта бактериологическая лаборатория.

В 1964 году в г. Кентау впервые в нашей области под руководством главного врача диспансера Б.А. Скребцова был внедрен в практику метод контролируемого амбулаторного лечения, введены ставки, так называемых, «химизаторов». Они были узаконены решением исполкома Чимкентского областного Совета депутатов трудящихся, так ставка с оплатой бралась из расчета 30 больных на 1 химизатора. Этот опыт переняли все области республики.

Проведение интенсивных противотуберкулезных мероприятий в 1966-1975 годы привело к снижению заболеваемости туберкулезом, особенно среди детей. Темпы снижения заболеваемости во всех возрастных группах в г. Кентау были в 2,5 раза выше, чем в среднем по области. Снизилась смертность с 16,6 до 8,1%. Увеличилось количество малых форм туберкулеза до 58%, уменьшился удельный вес больных с деструкцией до 19,1%, у детей увеличилась доля долокальных форм от 11,6% до 23,0% и снизились вторичные формы с 9,3% до 4,0%.

По проведенному ретроспективному анализу контингентов больных в 1988 году Скребцов Б.А. на III съезде фтизиатров Казахстана поставил вопрос о расширении круга социальных показаний для направления на принудительное лечение больных туберкулезом. Не секрет, набиралась определенная категория людей, ведущих асоциальный образ жизни и уклоняющихся от лечения.

Кентауский городской (главный врач Б.А.Скребцов) и Чимкентский областной (главный врач Т.О. Оразалиев) противотуберкулезные диспансеры являлись школой

передового опыта по проведению сплош-ных профосмотров населения на туберкулез на основе полицевого учета. За достижения высоких показателей в борьбе с туберкулезом в 1977 году приказом МЗ СССР 9 специалистов г. Кентау, в том числе и Борис Андреевич Скребцов, удостоены Всесоюзной денежной премией по 1000 рублей каждому. А в 1984 году Всесоюзной денежной премией в 100 тыс. рублей награждены специалисты Чимкентского областного противотуберкулезного диспансера.

В 1976 году в г. Алма-Ате Скребцов Б.А. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Организационные основы ускоренного снижения заболеваемости туберкулезом в промышленном городе». Скребцов Б.А. с апреля 1979 года по октябрь 1989 года возглавлял Шымкентский городской отдел здравоохранения. В 1989г. в связи с реорганизацией городского отдела здравоохранения с должности заведующего переведен главным врачом медсанчасти «Строитель», которая в 1994 году переименована в городскую поликлинику №5. С 1997 года работал доцентом на кафедре фтизиатрии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Казахстанской государственной медицинской академии.

Скребцов Борис Андреевич до последних дней преподавал на факультете непрерывного профессионального образования, читал лекции, проводил для врачей практические занятия и семинары. Скребцов Б.А. принимал активное участие в подготовке научных кадров. Так, кандидатами медицинских наук стали известные врачи, педагоги, как Сақыбаева С.А., Сергазина А.О., Касаева Л.Т., руководил он и магистерской работой Ержанова О.Ш. Вместе с учениками он воплотил свои идеи в диссертационных работах, выпустил 5 монографий, 150 статей, руководил научно-технической программой кафедры.

Скребцову Б.А. в 2010 году было присвоено ученое звание профессора Южно-Казахстанской государственной медицинской академии. Он принимал активное участие в деятельности кафедры, проводил консультации тяжелых больных, участвовал в клинических разборах и консилиумах, на всех заседаниях общества фтизиатров, выступал с докладами, анализировал клинико-эпидемиологическую ситуацию области.

Умер Скребцов Борис Андреевич внезапно 24 апреля 2015 года полный творческих сил и замыслов. Ученики Скребцова Бориса Андреевича, его многочисленные пациенты и медицинская общественность Южно-Казахстанской области и Казахстана, всегда будут искренне вспоминать и гордиться достижениями этого обаятельного человека, прекрасного организатора здравоохранения региона и большого ученого. Сегодня его последователи, полные сил, энергии, готовы быть достойными продолжателями дела своего Учителя и с особым чувством гордости встречают 90-летний юбилей областного противотуберкулезного диспансера.

**Коллектив кафедры Южно-Казахстанской государственной фармацевтической академии**

Казахстан, г.Шымкент, 2015 год

**СОДЕРЖАНИЕ**

Әбілдаев Т.Ш. ҰЛТТЫҚ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕС БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ 9 АЙЫ ШІНДЕГІ ЖЕТІСТІКТЕРІ	3
Б.С. Сағымбеков, Ч.Ж. Косыбаева, Г.И. Эшметов ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСТЫҚ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ҚЫЗМЕТКЕ 90 ЖЫЛ	7
Г.А. Мусабекова, Я.В. Бесстрашнова, Г.П. Рыскулов, М.А. Жапаркулова, М.Р. Рашитов, Н. Н. Омарова, Д. Курман МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	11
Ф.К. Ташпулатова, Н.А.Хомова КОМПЛАЕНС У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	18
Ф.К. Ташпулатова	20

ФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	
М.А. Хакимов, М.Н. Тилляшайхов, С.В. Хажигаев, О.А. Хайталиев УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ ПРИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗЕ	22
М.А.Хакимов ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ В ПРОГНОЗЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗА	26
О.А. Хайталиев, М.А. Хакимов ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОТУБЕРКУЛЕЗЕ	29
Б.С. Сагимбеков, И.Р. Кудайбергенов, Ч.Ж. Косыбаева, М.А. Сейтханов РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОГРАММЫ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	33
Б.С. Сагимбеков, С.Ж. Усивалиева, Б.О. Шопаев, А.Е. Досжанов ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА	37
С.Ж. Усивалиева, М.А. Сейтханов, А.А. Сеитова, Г.Н. Пернебаева, Ж.С. Наурызбаева АКТУАЛЬНОСТЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА	39
Керимбаева З.А., Орманов Н.Ж., Касаева Л.Т., Ахмадиева К.Е., Ким О.Т., Асан А.А. НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА	42
Е.Б. Бекмуратов, Л.Т. Касаева, Б.А. Скребцов, Н.З. Шапамбаев, Г.В. Устименко РОЛЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	44
Р.М. Мамбетова, С.Т. Оразалиева ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ	46
Р.М. Мамбетова СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012-2014гг.	49
Р.М. Мамбетова, Г.А. Сагимбекова ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ	51
Г.К. Нуржанов, М.И. Кошанов ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ СУЩЕСТВУЮЩИХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ ЛЕЧЕНИЯ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ИХ ПСИХИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА	53
Г.К. Нуржанов, М.И. Кошанов ПИТАНИЕ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ – ВАЖНАЯ ЧАСТЬ ЛЕЧЕНИЯ	56
С.Б. Сағымбеков, С.Н. Қорғанбаева, Ж.С. Наурызбаева ТУБЕРКУЛЕЗ ТАЯҚШАСЫНЫҢ КӨПТЕГЕН ДӘРІЛЕРГЕ ТҰРАҚТЫЛЫҒЫ АНЫҚТАЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ТАЛДАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ (2012-2013-2014 ЖЫЛДАР)	59
С.С.Кулгасова, Н.Аханова, Г.Сайфуллина ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ СРЕДИ ДЕТЕЙ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	61
Б.С.Сагимбеков, А.К.Сарсенова, Атемов Т.А., Бектемир Т.К. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ И МЕРЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	64
Б.С. Сагимбеков, Л.А. Жорабаева ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	67
Л.Т. Касаева, Л.А. Жорабаева ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ	70
З.А. Керимбаева, Н.Ж. Орманов, Л.Н. Орманова ИНФИЛЬТРАТЫ ШЕКТЕЛГЕН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАН ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЛЕРТ-АТЖ-НІҢ ИК-НЫҢ ХИМИОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ РУВИМИННІҢ ӘСЕРІНЕН АЦЕТИЛДЕУ ТҮРІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖАҒДАЙЫ	73
Сақыбаева С.А., Курбанова А.Т., Мусабекова Г.А., Туремуратова Г.Ж., Асанова А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ	75
Н.Т. Утегенова, Г.К. Баймамутова, Ф.О. Сабекова, Е.Д. Таймуратов, М.Е. Имнияминова,	78

Н.М. Таскынбаева ТУБЕРКУЛЕЗ ҚОЗДЫРҒЫШТАРЫН ДАҚЫЛЫ ТҮРІНДЕ, СҰЙЫҚ ҚОРЕКТІК ОРТАДА ЖӘНЕ ҚҰРҒАҚ ҚОРЕКТІК ОРТАДА, МОЛЕКУЛЯРЛЫ –ГЕНЕТИКАЛЫҚ ТӘСІЛДЕРМЕН ДӘРІГЕ СЕЗІМТАЛДЫҚТЫ АНЫҚТАУДЫҢ МАҢЫЗЫ	
С.Б. Сағымбеков, Н.Т. Утегенова, Г.К. Баймамутова, Ф.О.Сабекова, И.Р. Кудайбергенов, Е.Д. Таймуратов ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ НА 4-Х МОДУЛЬНОМ АППАРАТЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ GENEXPERT MTV\RF	81
С.С.Култасова, В. Кастаева, Б.Маметхонова, М.Тезекбаев ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	83
С.М. Ералиев ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	86
С.С.Култасова, Ч.Ж. Косыбаева, Ш.Е. Айымбекова, К.А.Капанова ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА	87
Атемов Т.А.,Бектемир Т.К.Исламкулов С.Ю. ОҚО ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ШАРАЛАРДЫ БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ БАҒАЛАУ МАҢЫЗЫ	92
Л.Т.Касаева, П.К.Бердалиев, З.Е.Жолдыбекова, Б.М.Егенов ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	95
Сергазина А.О., Джакашева Ж.А. ТИОТРОПИУМ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ	98
А.О.Сергазина, Л.Т. Касаева, Ш.Б.Омашева ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И САХАРНОГО ДИАБЕТА	101
Сергазина А.О., Ирисметова.Ф.Б ,Ахметова Г.Ш ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАСКИНТЕСТА В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	105
О.Ш.Ержанов, П.К. Бердалиев, Р.Е. Қосыбаев ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЮ	108
П.К. Бердалиев, О.Ш.Ержанов, Р.Е. Қосыбаев ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРИЧИНА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ	112
Бекембаева Г.С., Жусупова Р.Ж., Толеубекова Г.А. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА И РЕАКЦИИ МАНТУ С 2 ТЕ С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ	115
Бекембаева Г.С. ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ У ИСТОЧНИКОВ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОНТАКТНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	118
А.М.Салыбеков, Ш.Ж.Мамахов,Ж.У.Нысанбаев,С.Р. Балабекова РЕЦИДИВЫ – КАК ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗ-НЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	122
Ч.Ж.Косыбаева, С.С.Култасова, С.У.Базарбаев, Г.К. Нуржанов, А.Т. Мелдебекова РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	125
С.С.Култасова, А.И. Абдурахманов, М.К.Серикбаев, Ш.Б.Гулиев ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	129
Ш.Е. Аимбекова,А.Ш. Мухамедьярова, А.И.Мұрағбаева, Г.М.Гаджиева ДИНАМИКА И ЧАСТОТА МНОЖЕСТВЕННОГО ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	132
Т.М.Мейрханов, Ж.И.Сапарова, Э.К.Имангалева, Б.С.Бактыбаева,М.У.Умирзахова ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	136
Қ.Т.Құлаев. Қ.Е.Оспанов. Г.М. Датқаева. А.Х.Оспанова. Алтаева У.М/ №7 - ШІ ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАҒА ҚАРАСТЫ АЙМАҚТАРДАҒЫ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗИ БОЙЫНША САЛЫСТЫРМАЛЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ	139

Маханова Ж.Ш., Касаева Л.Т., Бердалиев П.К. ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ДИСПАНСЕР ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА БІЛІМ БЕРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	141
Аралбаева К.Т., Абдешбеков Б.П. ТУБЕРКУЛЕЗ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	144
Р.З. Ашимов, М.Е. Моминова, Ж.Р. Сейдалиева ОРГАНИЗАЦИЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ СЕТИ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ	146
М.Е. Моминова, Р.З. Ашимов ФЛЮОРОГРАФИЯ КАК МЕТОД СКРИНИНГА ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ	149
Нуржанов Г.К., Мелдебекова А.Т., Бекбембетова А.К. АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ТЮЛЬКУБАССКОМ РАЙОНЕ ЗА ПЕРИОД 2010-2014 ГОДОВ	151
С.А.Сақыбаева, А.А.Асанова, А.А.Жумагулова, М.Т.Турлыбекова, Ж.Б.Заурбекова ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН ІС-ШАРАЛАРДА САНАТОРИЙДІҢ ҚЫЗМЕТІ	155
Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Жаксыбаева Ж.Б. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ДОХОДАМИ НИЖЕ ПРОЖИТОЧНОГО УРОВНЯ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ (Литературный обзор)	157
Нуранова Н.Т., Серхожаева Т.Х., Байдеуов Ж.Т., Атемов Т.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ	163
П.К.Бердалиев, З.Е.Жолдыбекова, Л.А.Суюнтаева ТУБЕРКУЛЕЗ У ПОДРОСТКОВ ПО ГОРОДУ ШЫМКЕНТУ	165
Бердалиев П.К., Жолдыбекова З.Е., Заварницына Е.В. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТБ/ВИЧ	168
Сарыпбекова Д.М., Алимбекова Э.Е. КЛИНИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (обзор литературы)	172
Имнияминова М.Е., Онгарбаева К.Т., Саулебекова С.К., Тойлыбаева А.А., Тажиханов Т.Н. К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА	175
Б.Т.Тайшиева КӨП ДӘРІГЕ ТҮРАҚТЫЛЫҚ АНЫҚТАЛҒАН ТУБЕРКУЛЕЗ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ТІРКЕЛУІ ЖӘНЕ ЕМ НӘТИЖЕСІ	180
Ошахбаев А.М., Тлемисова Д.Н. ОҚО БОЙЫНША ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ САНАТОРИЯЛЫҚ ЕМНІҢ МАҢЫЗЫ	182
А. Асан КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	186
Б. Кадиров КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	188
А. Наркабулов СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ УРОГЕНИТАЛЬНОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА	191
Долтаева Б.З., Жумагалеева Д.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮКО	193
Колибеков У.Х., Касаева Л.Т., Танабаев Б.Д., Орманбаев К.С. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПРЯМОГО И КЛАПАННОГО АРТЕРИОВЕНОЗНОГО ШУНТА ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	197
С.С.Култасова, Т.К. Акбаев, Б.Ж. Мамбетов, Т.Б. Каримов КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА И КОРРЕЛЯЦИЯ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ЛЕЧЕНИЯ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	200
А.А. Мустапаева, Н.З. Шапамбаев, Г.А. Умурзакова РОЛЬ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВЫПОТА	202
Касаева Л.Т., Тасова Ж.А., Искендеров С.Т., Есалиева А.А. ТУБЕРКУЛЕЗ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ	206

С.С.Култасова, Г.Е.Сералиева, А.Ж.Андакулова РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ЮЖНО - КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	208
С.С.Култасова, Г.С. Ештаева, М.А.Сейтханов, К.С. Усипбеков, П.А.Сеитов ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА	210
*ИНФОРМАЦИЯ ЕСТЬ ТОЛЬКО МИГ МЕЖДУ ПРОШЛЫМ И БУДУЩИМ, ИМЕННО ОН НАЗЫВАЕТСЯ ЖИЗНЬ ИЛИ ПАМЯТИ ОРГАНИЗАТОРУ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО- КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРОФЕССОРУ СКРЕБЦОВУ БОРИСУ АНДРЕЕВИЧУ ПОСВЯЩАЕТСЯ	214