



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРАЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО

илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

№ 1

2013



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРАЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО

илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

№ 1

2013

СОДЕРЖАНИЕ / МАЗМУНУ

ФТИЗИАТРИЯ

Материалы итоговой конференции
"Результаты внедрения проекта TB REACH в Кыргызстане".

Кан А.А., Бейсембаев А.А., Бердиев С.К., Базаркул кызы А., Мамбетов К.Б. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ Xpert MTB/Rif ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (по результатам 9-ти месяцев). КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ИННОВАЦИЯЛЫК ТЕХНОЛОГИЯСЫ КУРГАК УЧУКТУ Xpert MTB/Rif МЕТОДУ МЕНЕН АНЫКТООДОГУ АЛГАЧКЫ ТАЖРЫЙБАСЫ (9 айдын жыйынтыгы боюнча). Сытина Л.И., Гончарова О.С., Айтекова В.М. ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ МИГРИРУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ. КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН МИГРАНТТАР АРАСЫНДАГЫ КУРГАК УЧУК ООРУСУ.	5 10
Адамбекова А.Д., Алишиеров А.Ш., Гончарова З.К., Мусаева А.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ M.TUBERCULOSIS К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ.	13
Бобоходжаев О.И., Сироджидинова У. Ю., Давлятوف Ф.А., Шарипов Ф.Р., Аптекарь Т.Д. К ВОПРОСУ О СИТУАЦИИ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН	18
Гаипов Г.Р., Разаков О.Р., Истамов К.Т., Сейилканов Б.К., Батиров Р.Р. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ. ПЛЕВРАНЫН ЭМПИЕМАСЫН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО.	19
Гаипов Г.Р., Разаков О.Р., Истамов К.Т., Сейилканов Б.К., Батиров Р.Р. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА. КӨП ДАРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ФИБРОЗ КӨНДӨЙЛҮҮ ТУБЕРКУЛЕЗ ДАРТЫ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО.	23
Китаев М.И., Дуденко Е.В., Сыдыкова С., Кожомкулов Дж., Мукамбаев К.М., Кожомкулов М.Д., Чонорова Ө.А. ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И ЦИТОКИНОВЫЙ БАЛАНС БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ. КУРГАК УЧУК ООРУЛУУЛАРДЫН ЦИТОКИНДЕРИНИН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ ЖАНА ЦИТОКИНДЕРДИН ТЕҢ САЛМАКТУУЛУГУ.	26
Мойдунова Н.К. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2001-2011 ГГ. ӨПКӨДӨН СЫРТКАРКЫ ТУБЕРКУЛЕЗ ООРУСУНУН КӨРСӨТКҮЧҮ КЫРГЫЗ РЕПУБЛИКАСЫ 2001-2011 ж.	29
Турдумамбетова Г.К. ХИМИОТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. ХИМИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ӨПКӨНҮН КУРГАК УЧУКТА КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО.	31

ТЕРАПИЯ

Мураталиев Т.М., Неклюдова Ю.Н., Звенцова В.К., Окунова А.А.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И ПОТРЕБНОСТЬ В ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ.

ӨНӨКӨТ ЖҮРӨКТҮН АЛСЫЗДЫГЫ БАР БЕЙТАПТАРДЫ ТЕРАПЕВТИК ОКУТУУДА ЖАНА АМБУРАТОРДУК БАЙКООДО ЭХОКАРДИОГРАФИЯНЫН ДИНАМИКАЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ТААСИР ЭТИШИ ЖАНА ОРУКАНАГА ЖАТКЫЗУУ МУКТАЖДЫГЫ. 35

Кадыралиев Т.К., Жуманазарова А.З., Хабилулина А.Р., Райымбеков Ж.К., Райымбеков Н.К.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТИМУСА И КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АКОНИТИНА И ЛАПКАКОНИТИНА В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ.

АКОНИТИН ЖАНА ЛАПКАКОНИТИН ТААСИРИ МЕНЕН КЕЛЕМИШТЕРДИН ТИМУСУНУН ЖАНА ПЕРИФЕРИЯЛЫК КАНЫНЫН КЛЕТКАЛАРЫНЫН ЖАПЫС ТООЛУУЛУ ШАРТТА МОРФОЛОГИЯЛЫК ОЗГОРУУСУ. 39

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Рыскельдиева В.Т., Шаршеева Э.Ш.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА.

ТӨРӨТТӨН КИЙИНКИ ЫРБООНУН (эндометриттин) КЛИНИКАГА ЧЕЙИНКИ ДИАГНОСТИКАНЫ УЛЬТРАЗВУК МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ. 41

ХИРУРГИЯ

Авасов Б.А.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ. БООРДУН ЭХИНОКОКК ООРУСУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ЖАНЫ ЫКМАЛАРЫ. 45

Авасов Б.А.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ.

БООРДУН ПАРАЗИТАРДЫК ЫЙЛАКЧАЛАРЫН АНЫКТООДОГУ ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ЖАҢЫ КӨЗ КАРАШТАР. 47

Мусаев У., Токтосунов А.

МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.

ЖАШЫ УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫГАН АДАМДАРДЫН КУРЧ ХОЛЕЦИСТИТИН ОПЕРАЦИЯ ЖАСООДОГУ МИНИЛАПАРОТОМИЯ. 51

Оморов Р.А., Мусаев У.С.

ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИКАЛЫК СИНДРОМУ ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ПРИНЦИПТЕРИ. 53

Отчет о проведении анкетирования по определению доступности мигрантов к медицинским услугам. Проект ТВ REACH в Кыргызстане. 56

Анализ нормативной правовой базы, регулирующей вопросы оказания медицинской противотуберкулезной помощи в Кыргызской Республике для внутренних и внешних мигрантов. Проект ТВ REACH в Кыргызстане. 63

РЕЗОЛЮЦИЯ итоговой конференции "Результаты внедрения проекта ТВ REACH в Кыргызстане". 77

ФТИЗИАТРИЯ

Материалы итоговой конференции
 "Результаты внедрения проекта TB REACH в Кыргызстане"
 28-29 января 2013г, г. Бишкек.

УДК 616-002.5-078

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ
 ИННОВАЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ Xpert
 MTB/Rif ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА
 В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**
 (по результатам 9-ти месяцев).

*Кап А.А., Бейсембаев А.А., Бердиев С.К.,
 Базаркул кызы А., Мамбетов К.Б.*

**Проект TB REACH
 при Национальном центре фтизиатрии МЗ КР,
 г. Бишкек, Кыргызстан.**

Резюме. В статье изложены предварительные результаты внедрения технологии Xpert MTB/Rif для диагностики туберкулеза Проектом TB REACH при НЦФ в Кыргызстане. Технология Xpert MTB/Rif позволила увеличить выявляемость больных туберкулезом, особенно лекарственно-устойчивых форм.

Ключевые слова: легочной туберкулез, мокрота, Xpert MTB/Rif.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА
 ИННОВАЦИЯЛЫК ТЕХНОЛОГИЯСЫ КУРГАК
 УЧУКТУ Xpert MTB/Rif МЕТОДУ МЕНЕН
 АНЫКТООДОГУ АЛГАЧКЫ ТАЖРЫЙБАСЫ**
 (9 айдын жыйынтыгы боюнча).

**Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо
 Министрлигинин Улуттук Фтизиатрия
 борборунун алдындагы TB REACH проектиси
 Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

Корутунду. Бул статьяда Кыргызстандагы Улуттук фтизиатрия борборунун TB REACH проектиси аркылуу жүргүзүлгөн кургак учукту аныктоочу Xpert MTB/Rif технологиясынын алгачкы жыйынтыктары чагылдырылган. Xpert MTB/Rif технологиясы кургак учуктун табылышын жогорулатты, өзгөчө дарыга болгон туруктуу түрүндөгү формасын.

Негизги сөздөр: кургак учук, Xpert MTB/Rif.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), Кыргызстан входит в число 27 стран с наиболее высокими показателями по лекарственно-устойчивым формам туберкулеза – оценочные показатели по новым случаям и случаям повторного лечения составляют 31,8% и 39,6% соответственно [1].

Со времени обретения независимости проблемы миграции в стране не теряют своей актуальности и с каждым годом становятся все острее. Особый вопрос в этой проблеме - заболеваемость среди мигрантов различными формами туберкулеза. Необходимо подчеркнуть, что в силу ряда объективных и субъективных причин, мигранты, внутренние и внешние, всегда являлись группой риска по указанному тяжелому инфекционному заболеванию. В последние годы увеличивается поток кыргызстанцев-мигрантов, обращающихся в медицинские учреждения за помощью, но не всегда ее получающие. Особую тревогу вызывает то, что зачастую это тяжелые случаи с запущенными или устойчивыми формами туберкулеза.

Необходимо отдельно подчеркнуть актуальность проблемы для г. Бишкек и прилегающих районов Чуйской области. По разным оценкам в этом ареале сосредоточено от 300 до 500 тысяч внутренних мигрантов, не имеющих адекватного доступа к медицинским услугам. Это огромный резервуар инфекции, представляющий серьезную угрозу для эпидемиологии туберкулеза в стране. Такая же картина наблюдается в г. Ош и в Ошской области.

Следовательно, активизация работы системы здравоохранения среди мигрантов имеет особое значение.

Глобальным приоритетом в борьбе с туберкулезом (ТБ) является как можно ранее и более точное его выявление, включая заболевание с отрицательным мазком, часто связанное с ко-инфекцией ВИЧ, а также развитие и укрепление потенциала диагностики лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (МЛУ ТБ). Стандартные лабораторные методы являются громоздкими, требуют наличия квалифицированного персонала и занимают много времени, поэтому новые технологии для оперативного обнаружения ТБ являются целью научно-исследовательской работы в сфере борьбы с туберкулезом во всем мире [3].

В марте 2012 года Кыргызстан стал первой страной среди республик Центральной Азии, которая начала внедрение новой инновационной технологии диагностики туберкулеза с применением оборудования Xpert MTB/RIF [4].

Данный проект оказался возможным благодаря выделению гранта Stop TB Partnership.

После девятимесячного внедрения Проект предлагает предварительные результаты за 9 месяцев работы.



А Б В Г

Рис.1 Внешний вид аппарата Xpert MTB/RIF. А- сам аппарат, Б- компьютер, В- сканер штрих-кода, Г- монитор.

Таблица 1.

Результаты исследований мазки мокроты аппаратами Xpert MTB/RIF по категориям больных.

Показатели	"Новый случай" КУБ (-)	"Новый случай" КУБ (+)	"Новый случай" КУБ неизв.	"Ранее леченные" КУБ (-)	"Ранее леченные" КУБ (+)	"Ранее леченные" КУБ неизв.	Катег.-я неизвест. КУБ (-)	Катег.-я неизвест. КУБ (+)	Катег.-я неизвест. КУБ неизв.
MTB+/RIF+	196	220	2	112	172	6	11	28	1
MTB+/RIF-	497	430	6	87	112	3	25	35	1
MTB-	2824	49	22	378	17	8	108	1	1
Не интерпретируемые результаты	168	13	2	35	7	0	10	0	1
Устойчивость к RIF неопределена	36	4	0	5	0	1	2	0	0

Примечание:

КУБ(-) – микроскопия мазка мокроты отрицательная.

КУБ(+)- микроскопия мазка мокроты положительная.

КУБ неизв. – результаты микроскопии мазка мокроты неизвестны.

MTB+/RIF+ - микобактерия туберкулеза аппаратом Xpert MTB/RIF обнаружена /устойчивость к рифампицину определена.

MTB+/RIF- - микобактерия туберкулеза аппаратом Xpert MTB/RIF обнаружена /устойчивость к рифампицину не установлена.

MTB - - микобактерия туберкулеза аппаратом Xpert MTB не обнаружена.

Не интерпретируемые результаты – результаты не интерпретируются.

Устойчивость к RIF неопределена - микобактерия туберкулеза аппаратом Xpert MTB/RIF обнаружена, но Xpert MTB не смог установить устойчивость к рифампицину (неизвестные формы микобактерии TB).

Материал и методы исследования. Внедрение нового метода диагностики проходило несколькими этапами:

1. Подготовлен и издан Приказ Министерства здравоохранения КР №53 от 07.02.12 «О внедрении и реализации проекта “Снижение влияния эпидемии туберкулеза в Кыргызстане среди людей, имеющих ограниченный доступ к услугам – внутренние и внешние мигранты”» с утвержденным совместным планом реализации мероприятий проекта.
2. Проведены рабочие совещания на тему «Внедрение в систему диагностики туберкулеза оборудования Xpert MTB/RIF и порядок направления пациентов на исследование» с руководителями департаментов и учреждений здравоохранения, медицинскими работниками ЦСМ и противотуберкулезной службы гг. Бишкек, Ош, Узген, Чуйской и Ошской областей, органами местного самоуправления.
3. Установлены 4 машины Xpert MTB/RIF в лабораториях Национальной референс лаборатории (НРЛ), Центра борьбы с туберкулезом г.Бишкек (БГЦБТ), Чуйского областного центра борьбы с туберкулезом (ЧОЦБТ), Ошской межобластной детской противотуберкулезной больницы (Ош). На местах проведены обучающие тренинги для врачей лабораторий. Разработан и распространен среди медучреждений ОЛС и ПТП «Лист направления на исследование мокроты Xpert MTB/RIF»
4. Проведены рабочие совещания и Круглые столы с участием мэрии гг. Бишкек, Ош, Узген, государственными администрациями Чуйской и Ошской областей, органами местного самоуправления.
5. Проведен конкурс на получение грантов для работы с сообществами мигрантов.

Выявление туберкулеза среди мигрантов и населения проводилось в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) и противотуберкулезной службы (ПТП) путем исследования мокроты у лиц с подозрением на легочную форму туберкулеза, согласно диагностическому алгоритму, принятому в стране на текущий период. На исследование аппаратом Xpert MTB/RIF отправлялась мокрота пациентов, относящихся к категории «Новый случай», «Ранее леченные», «Категория неизвестна», т.е. исследование проводилось только с диагностической целью. С целью контроля химиотерапии исследования не проводились, согласно инструкциям по применению Xpert MTB/RIF [2].

Результаты исследования. За период с марта 2012 по декабрь 2012 было проведено 6061 исследование, обследовано 5636 лиц с симптомами ТБ (Табл. 1).

Выявлено 1992 положительных случаев (MTB+), т.е. в исследуемой мокроте найдена микобактерия туберкулеза. Из них, в 748 случаях определена устойчивость к рифампицину (RIF+).

Результаты исследования пациентов, относящихся к категории «Новый случай», т.е. впервые выявленный туберкулез показали следующую ситуацию (Табл. 2). С апреля по декабрь 2012 года аппаратами Xpert MTB/RIF только в категории «Новый случай» было выявлено 1391 больных из 4469 лиц с подозрением на туберкулез легких. Это составляет 31,1% от числа исследованных в данной категории. В то же время процент выявления методом микроскопии мазка мокроты у этих же больных не превышает 5-10% (стандартный норматив выявления).

Таблица 2.
Результаты исследования мокроты аппаратами Xpert MTB/RIF.
Категория «Новый случай».

	Категории пациентов			Всего
	“Новый случай” КУБ (+)	“Новый случай” КУБ (-)	“Новый случай” КУБ неопр.	
MTB+/RIF+	196	220	2	418
MTB+/RIF-	497	430	6	933
MTB-	2824	49	22	2895
Не интерпретируемые результаты	168	13	2	183
Устойчивость к RIF неопределена	36	4	0	40
Итого	3721	716	32	4469

Таблица 3.

Результаты исследования лиц с отрицательным результатом микроскопии мокроты.

Показатель	Всего	MTB+/RIF+	MTB+/RIF-	% MTB+ от общего количества
Количество лиц из категории новый случай КУБ (-)	3757	199	540	19,7
Количество лиц из категории ранее леченные КУБ (-)	635	118	96	33,3
Количество лиц из категории неизвестные КУБ (-)	156	11	27	24,4

Другим важным показателем деятельности Проекта стали результаты обследования лиц с отрицательным результатом микроскопии мокроты (Табл. 3).

Как видно из Таблицы 3, при микроскопии мокроты мазка значительное количество больных ТБ выпадает из статистики заболевания. При этом часть из них все равно попадает на лечение как больные с КУБ (-), а часть вообще не идентифицируется как заболевшие, а в дальнейшем поступают с запущенными формами заболевания.

Особую тревогу вызывает высокая доля больных с выявленной устойчивостью к основному противотуберкулезному препарату - рифампицину. В Таблице 4. представлены данные об устойчивости к рифампицину среди 1992 пациентов с MTB+. Из указанного числа, у 748 (37,6%) пациентов выявлена устойчивость к рифампицину. Необходимо отметить, что данные полученные, в Кыргызстане сопоставимы с результатами в других странах, внедряющих Хрети MTB/RIF [2].

Вместе с тем, реализация Проекта TB REACH в Кыргызской Республике имела еще одну не менее

важную задачу - создание новой модели взаимодействия между негосударственным сектором системой здравоохранения и НТП. В рамках этой задачи, совместно с НОКП, РЦУЗ, Национальным центром фтизиатрии были проведены ряд мероприятий показавших правильность выбранных подходов, что позволило в значительной степени повысить информированность населения в фокусной группе, настороженность по вопросам туберкулеза, привлечь дополнительное внимание и поддержку районных госадминистраций и органов местного самоуправления.

Выводы.

Представленные результаты свидетельствуют о высокой эффективности нового аппарата Хрети MTB/RIF для выявления туберкулеза в Кыргызской Республике, позволяющего:

- ускорить выявление больных туберкулезом – бактериовыделителей, за счет сокращения времени, затрачиваемого на исследование;
- увеличить количество выявляемых больных, за счет значительно большей чувствительности теста к микобактерии туберкулеза;

Таблица 4.

Устойчивость к рифампицину (RIF+) среди выявленных аппаратом Хрети MTB/RIF больных туберкулезом (MTB+).

Показатель	Новый случай		Ранее леченный		Неизвестно		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
MTB+/RIF-	973	78,2	208	16,7	63	5,1	1244	100,0
MTB+/RIF+	418	55,9	290	38,8	40	5,3	748	100,0
Всего MTB+	1391	69,8	498	25,0	103	5,2	1992	100,0

- ускорить выявление больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза – определяется устойчивость к рифампицину одновременно во время проведения теста, а не через 1-3 месяца как это практикуется в рамках ныне существующей модели диагностики МЛУ-ТБ;
- позволяет реально оценить количество больных, в том числе и с лекарственно-устойчивыми формами, что необходимо для менеджмента противотуберкулезной службы вообще, а лекарственного менеджмента в частности;
- позволяет по-новому оценить эффективность ныне действующей службы лабораторной диагностики туберкулеза.

Сегодня стало очевидным, что необходимо разработать процедуры взаимодействия организаций гражданского сектора и системы здравоохранения по ведению больных, курируемых неправительственными организациями.

Таким образом, с учетом всего вышеупомянутого, Проекту TB REACH при Национальном центре фтизиатрии удалось в 2012 году успешно внедрить инновационную технологию Xpert MTB/RIF в алгоритм диагностики туберкулеза в стране.

Литература:

1. Global Tuberculosis Control Report. WHO, 2011.
2. Rapid implementation of Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational. „How-to“, practical considerations. WHO. 2011.

3. Roadmap for rolling out Xpert MTB/RIF for rapid diagnosis of TB and MDR-TB. WHO. Stop TB partnership. 2011.
4. Приказ Министерства здравоохранения КР №53 от 07.02.12 «О внедрении и реализации проекта “Снижение влияния эпидемии туберкулеза в Кыргызстане среди людей, имеющих ограниченный доступ к услугам – внутренние и внешние мигранты”»

THE FIRST EXPERIENCE IN IMPLEMENTATION OF THE INNOVATIVE TECHNOLOGY - Xpert MTB/Rif FOR TUBERCULOSIS DIAGNOSTICS IN THE KYRGYZ REPUBLIC (by results of 9 months).

Kahn A.A., Beisembaev A.A., Berdiev S. K.,
Bazarkul kizi A., Mambetov K.B.

The TB REACH project under the National center of phthisiology of MoH KR,
Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary. The article presents the preliminary results of introduction of the Xpert MTB/Rif technology for tuberculosis diagnostics implemented by the TB REACH Project under NCPH in Kyrgyzstan. Technology Xpert MTB / Rif has increased the detection rate of TB patients, especially the drug-resistant forms.

Keywords: pulmonary tuberculosis, sputum, Xper/MTB Rif.



УДК 616-002.5:325.3(575.2)

ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ МИГРИРУЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Сытина Л.И., Гончарова О.С., Айтекова В.М.

**Национальный центр фтизиатрии МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

В Кыргызской Республике мигранты служат дополнительным резервуаром туберкулезной инфекции. Для объективной оценки эпидемиологической ситуации в стране необходимо учитывать распространение заболевания среди групп мигрирующего населения.

Ключевые слова: мигранты, туберкулез, эпидемиология.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН МИГРАНТТАР АРАСЫНДАГЫ КУРГАК УЧУК ООРУСУ

**Улуттук фтизиатрия борбору МСС КР,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

Кыргыз Республикасында мигранттар жугуштуу кургак учук оорусунун кошумча резервуары болуп саналат. Ортого салып карасак, же жалтысынан алкөнүн эпидемиологиялык абалына баа берсек жугуштуу оорунун таралышын мигранттар түзөт.

Негизги сөздөр: мигранты, кургак учук, эпидемиология.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения [1998], около 50% мигрантов из вынужденных переселенцев инфицированы туберкулезом и ежегодно более 17000 из них заболевают туберкулезом [6, 7]. Туризм, международная торговля и миграция способствуют распространению этой инфекции [2, 3, 4]. Особую актуальность приобретает проблема разработки эффективных прогнотуберкулезных мероприятий на территории стран СНГ, в том числе, и в нашей республике, где сформировался значительный резервуар туберкулезной инфекции с высоким уровнем заболевания среди групп риска, включая мигрантов с различным социальным статусом [1, 5, 6, 7]. Мигранты являются группой высокого риска заболевания туберкулезом, что требует решения и правильной организации противотуберкулезных мероприятий среди данного контингента. Необходим пересмотр традиционной стратегии противотуберкулезных мероприятий, что позволит своевременно выявлять случаи туберкулеза и проводить его профилактику среди мигрантов, как группы повышенного риска заболевания.

Материал и методы исследования. В процессе выполнения работы в качестве объекта исследования использовались данные государственной статистики по туберкулезу в Кыргызской Республике за 2010-2012 годы - Государственные отчетные формы № 8 по областям и сводные по республике (годовая отчетная форма № 8 «О заболеваниях активным

Таблица 1
Число зарегистрированных новых случаев туберкулеза среди мигрантов Кыргызской Республики в 2010-2012 гг. (абс. число - % от общего числа впервые выявленных больных)

Годы Регион	2010		2011		2012	
	Всего	Мигранты абс. - %	Всего	Мигранты абс. - %	Всего	Мигранты абс. - %
Республика	5308	1250 - 23,5	5243	1297 - 24,7	5713	1243 - 21,7
Баткенская область	358	48 - 13,4	351	50 - 14,2	410	128 - 31,2
Джалал-Абадская область	854	132 - 15,4	851	140 - 16,4	943	148 - 15,7
Иссык-Кульская область	297	69 - 23,2	302	83 - 27,5	316	106 - 33,5
Нарынская область	270	22 - 8,1	251	21 - 8,4	280	17 - 6,1
Ошская область	1015	244 - 24,0	991	225 - 22,7	1039	187 - 18,0
Таласская область	244	77 - 31,5	252	26 - 10,3	230	4 - 1,7
Чуйская область	1159	232 - 20,0	1096	186 - 17,0	1196	168 - 14,0
г. Бишкек	896	384 - 42,8	929	421 - 45,3	1052	450 - 42,8
г. Ош	215	42 - 19,5	220	95 - 43,2	247	35 - 14,2

туберкулезом» утверждена Постановлением Нацстаткома Кыргызской Республики № 49 от 26.05.2008 г. и № 7 от 02.05.2007 г.); информация областных и городских Центров борьбы с туберкулезом о впервые выявленных больных туберкулезом среди мигрантов. Граждане республики, мигрирующие внутри страны, условно были названы «внутренние мигранты», а выезжающие за пределы страны – «внешние мигранты». С целью определения влияния распространения туберкулеза среди мигрирующих групп населения на эпидемиологическую ситуацию в стране был проведен сравнительный анализ числа выявленных случаев туберкулеза среди мигрантов в республике за период 2010-2012 годы.

Результаты и их обсуждение. В Кыргызской Республике, как и во всем Среднеазиатском регионе, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной. Наша страна по уровню заболеваемости туберкулезом среди Среднеазиатских республик, входящих в состав СНГ, по-прежнему входит в первую тройку.

При оценке эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране нельзя не учитывать распространение заболевания среди групп мигрирующего населения (беженцы; иностранные граждане и лица без гражданства, не имеющие статуса беженцев; лица без определенного места жительства;

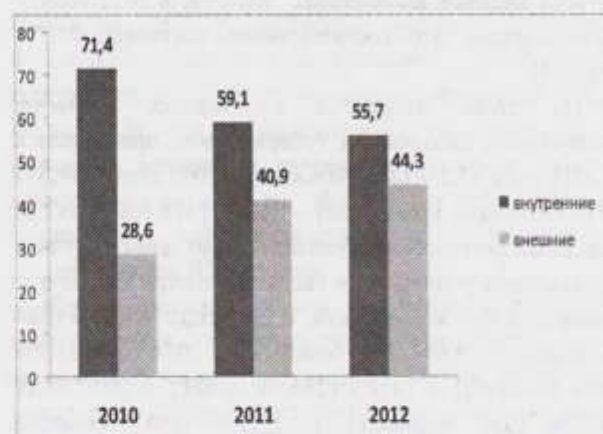


Рис. 1. Удельный вес внутренних и внешних мигрантов среди заболевших туберкулезом мигрантов Кыргызской Республики за 2010-2012 гг. (%)

граждане Кыргызской Республики, заболевшие в России и других республиках Содружества и прибывшие домой на лечение).

Как показывает проведенное исследование, в республике удельный вес впервые выявленных больных туберкулезом мигрантов за последние три года составлял ежегодно почти четверть от всех впервые выявленных случаев туберкулеза. Так, в 2010 году среди мигрантов было зарегистрировано 1250 новых случаев туберкулеза, что составило 23,5% от всех впервые выявленных случаев, в 2011 году – 1247 новых случаев, что соответственно составило 24,7%

Таблица 2

Удельный вес внутренних и внешних мигрантов от общего числа зарегистрированных новых случаев туберкулеза среди мигрантов Кыргызской Республики в 2010-2012 гг. (абс. число – %)

Год	Заболевание ТБ мигранты	Регион									
		Республика	Баткенская область	Джа-Абадская область	Иссык-Кульская область	Нарынская область	Ошская область	Таласская область	Чуйская область	г. Бишкек	г. Ош
2010	Всего	1250	48	132	69	22	244	77	232	384	42
	Внутр. абс. - %	893 - 71,4	14 - 29,2	131 - 99,3	50 - 72,5	19 - 86,4	109 - 44,7	77 - 100	166 - 71,5	302 - 78,6	25 - 59,5
	Внешн. абс. - %	357 - 28,6	34 - 70,8	1 - 0,7	19 - 27,5	3 - 13,6	135 - 55,3	-	66 - 28,5	82 - 21,4	17 - 40,5
2011	Всего	1247	50	140	83	21	225	26	186	421	95
	Внутр. абс. - %	737 - 59,1	6 - 12,0	110 - 78,6	65 - 78,3	18 - 85,7	102 - 45,3	21 - 80,8	125 - 67,2	232 - 55,1	68 - 61,0
	Внешн. абс. - %	510 - 40,9	44 - 88,0	30 - 21,4	18 - 21,6	3 - 14,3	123 - 54,7	5 - 19,2	61 - 32,8	189 - 44,9	37 - 39,0
2012	Всего	1243	128	148	106	17	187	4	168	450	35
	Внутр. абс. - %	692 - 55,7	20 - 15,6	12 - 8,1	75 - 70,7	16 - 94,1	40 - 21,3	4 - 100,0	112 - 66,6	404 - 89,7	9 - 25,7
	Внешн. абс. - %	551 - 44,3	108 - 84,4	136 - 91,9	31 - 29,3	1 - 5,9	147 - 78,7	-	56 - 33,4	46 - 10,3	26 - 74,3

от всех впервые выявленных случаев, в 2012 году – 1243 случая, что соответственно составило 21,7% (табл. 1).

На долю мигрантов из южных регионов республики, заболевших туберкулезом, приходилось в 2010 году 37,3% (466 больных), в 2011 году – 39,3% (510 больных), в 2012 году – 40,1% (498 больных). В северных регионах наибольшее число новых случаев туберкулеза у мигрантов было зарегистрировано в г. Бишкек и Чуйской области: в 2010 году – 30,7% (384 больных) и 18,6% (232 больных), в 2011 году 33,8% (421 больной) и 14,9% (186 больных), в 2012 году 36,2% (450 больных) и 13,5% (168 больных) соответственно (табл. 1).

Среди заболевших туберкулезом мигрантов преобладали внутренние мигранты. Так, в 2010 году на долю заболевших внутренних мигрантов в республике приходилось 71,4%, в 2011 году – 59,1%, в 2012 году – 55,7% (рис. 1).

Данные о соотношении внутренних и внешних мигрантов по регионам страны приведены в таблице 2.

Высокая заболеваемость туберкулезом среди мигрантов, недостаточная информированность их о заболевании, низкая доступность медицинских услуг для этой группы населения, невозможность должного контроля за лечением заболевших создают условия к распространению туберкулезной инфекции среди населения в целом и обеспечивают пополнение ее резервуара в республике.

Определение роли мигрирующих групп населения в формировании резервуара туберкулезной инфекции позволит объективно оценить изменения эпидемиологической ситуации в стране и отдельных ее регионах, уровень здоровья населения и эффективность работы противотуберкулезной службы и органов здравоохранения в целом.

Выводы

1. В Кыргызской Республике мигранты служат дополнительным резервуаром туберкулезной инфекции и усугубляют эпидемиологическую ситуацию по стране в целом, так как ежегодно среди новых случаев туберкулеза почти четверть – это впервые выявленных больных туберкулезом мигранты (2010 год – 23,5%, в 2011 год – 24,7%, в 2012 году – 21,7% от всех впервые выявленных случаев).
2. Мобильность мигрантов затрудняет своевременное выявление случаев туберкулеза и мониторинг их лечения.
3. Плановые противотуберкулезные мероприятия не дают должного эффекта у этой группы населения в связи с ограниченным доступом к медицинским услугам.

4. Высокий уровень стигмы и дискриминации препятствуют обеспечению поддержки общества, общинных сообществ.

Литература

1. Алишеров, А.А. Анализ эпидемиологической ситуации за 2010 год в Кыргызстане / А.А. Алишеров // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2011. – № 1. – С. 5–8.
2. Вартамян, Ф.Е. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира / Ф.Е. Вартамян, К.П. Шаховский // Туберкулез и болезни легких. – 2002. – № 2. – С. 48–50.
3. Ковалева, С.И. Особенности эпидемиологии туберкулеза в Москве и меры по ее улучшению / С.И. Ковалева // Проблемы туберкулеза. – 1994. – № 5. – С. 2–4.
4. Одинец, В.С. Влияние миграционных процессов на эпидемиологию туберкулеза в Ставропольском крае / В.С. Одинец, Л.А. Иоффе, О.К. Кикоть // Проблемы туберкулеза – 1997. – № 1. – С. 33.
5. Туберкулез у детей и подростков – мигрантов в Москве / Е.С. Овсянкина, Л.Б. Стахеева, Л.В. Слобоцкая и др. // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 9. – С. 38–42.
6. Getahun, H. Tuberculosis in rural northwest Ethiopia: community perspective / H. Getahun, D. Aragaw // *Ethiop. Med. J.* – 2001. – Oct. 39 (4). – P. 283–291.
7. Latino immigrants' knowledge of tuberculosis / R.L. Aiding, R. Armstrong, N. Nguyen, H. Lasus // *Public. Health Nurs.* – 2004. – Nov.-Dec. 21 (6). – P. 519–523.

Tuberculosis among the migrant population of the Kyrgyz Republic

L.I. Sytina, O.S. Goncharova, V.M. Aitekova

The National Centre of Phthisiology MoH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic

In the Kyrgyz Republic the migrants are an additional reservoir of TB infection. It is necessary to consider the spread of disease among the groups of migrant population for an objective evaluation of the epidemiological situation in the country.

Keywords: migrants, tuberculosis, epidemiology.

УДК 616-002.5-078

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСКОРЕННОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *M. TUBERCULOSIS* К ОСНОВНЫМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Адамбекова А.Д.¹, Алишеров А.Ш.², Гончарова З.К.
², Мусаева А.М.²

¹Кыргызско-Российский Славянский
Университет,

²Национальный Центр Фтизиатрии МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

*Сравнительный анализ эффективности использования автоматизированной системы для выявления *M. Tuberculosis* продемонстрировал более высокие диагностические качества BACTEC MGIT-960. Совпадение результатов тестирования лекарственной чувствительности МБТ к этамбулату, изониазиду, рифампицину и стрептомицину на средах Левенштейна-Йенсена и Middlebrook 7H9 отмечены в 89,3%, 96,6%, 100% случаев.*

Ключевые слова: диагностика туберкулеза, автоматизированная система BDBACTECMGIT 96, среда Левенштейна-Йенсена

Введение. На фоне напряженной эпидемической ситуации с туберкулезом наиболее важной проблемой остается раннее выявление возбудителя туберкулеза у больных. Одним из основных компонентов комплекса мер, направленных на диагностику, лечение и профилактику туберкулеза, является применение эффективных методов диагностики и выявления лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза (МБТ). Своевременная детекция мультирезистентных штаммов на ранних этапах заболевания позволяет контролировать дальнейшее распространение возбудителя заболевания, повысить эффективность лечения путём применения оптимальных схем химиотерапии на ранних этапах лечения. Однако определение спектра лекарственной чувствительности классическими методами на селекционных питательных средах занимает от 3 – недель до 3 месяцев, что делает полученный результат ретроспективным [1]. Бактериологические методы определения чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена, принятый ВОЗ за международный стандарт, являются наиболее широко используемыми и включают стадию культивирования МБТ на специализированных питательных средах.

Поскольку МБТ – медленно растущая бактерия, постановка диагноза лекарственно устойчивого туберкулеза занимает от нескольких недель до 2–2,5 месяцев. За это время больному не может быть назначена адекватная химиотерапия. Из-за низкой эффективности лечения, больной в этот период сохраняет контагиозность и продолжает распространять ЛУ штаммы.

Для сокращения сроков получения результатов лекарственной устойчивости была разработана автоматизированная система BD BACTEC MGIT 960. Эта система осуществляет постоянный компьютерный мониторинг состояния бактериальной популяции и сигнализирует о размножении минимального числа микроорганизмов. В основу технологии детекции заложено использование пробирки BDBBL™ MGIT™ с модифицированной средой Middlebrook 7H9 и встроенным флуоресцентным индикатором, который инактивирован высокими концентрациями кислорода [3;5]. В процессе роста размножающаяся микробная популяция поглощает кислород, тем самым активируя флуоресцентный индикатор, который начинает светиться при ультрафиолетовом излучении. Положительная флуоресценция в пробирках MGIT™ является результатом роста культуры микобактерий. Контроль за внесенным в индикаторную пробирку материалом осуществляет встроенный в прибор компьютер [2;8;9]. Испытания, проведенные во многих лабораториях мира, показали, что применение автоматизированных систем в лабораторной практике позволяет: сократить сроки выявления микобактерий из диагностического материала в среднем до 3–20 дней и сократить сроки определения лекарственной чувствительности микобактерий до 5–14 дней [6;7].

Целью исследования явилось изучение основных показателей определения лекарственной чувствительности *M. Tuberculosis* к основным противотуберкулезным препаратам на автоматизированной системе BD BACTEC MGIT 960 в Республиканской референс-лаборатории Национального Центра Фтизиатрии.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности диагностической тест-системы BD BACTEC MGIT 960 нами были проведены сравнительные исследования применения бактериологического посева на питательную среду Левенштейна – Йенсена и модифицированную среду Middlebrook 7H9 MGIT™ при выявлении *M. Tuberculosis* и определении лекарственной чувствительности. В работу были включены материалы обследования госпитализированных впервые выявленных и ранее принимавших лечение пациентов обоего пола, старше 15 лет с клинически,

рентгенологически и микроскопически подтвержденным диагнозом легочного туберкулеза.

Биологические образцы у больных, поступивших на стационарное лечение в НЦФ, собраны согласно общепринятым методикам.

Инокуляцию образцов для получения культуры *M.Tuberculosis* проводили параллельно - на питательную среду Левенштейна-Йенсена и на модифицированную среду Middlebrook 7H9 MGIT™.

При культуральных методах исследования на яичной питательной среде Левенштейна - Йенсена для гомогенизации и деконтаминации биологических образцов применяли модифицированный метод Петрова (4% раствор гидроксида натрия NaOH).

Бактериологические исследования на системе BD BACTEC MGIT 960 проводили в соответствии с Руководством по работе системы BD BACTEC MGIT 960 для диагностики легочного туберкулеза и лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза [11]. Для разжижения мокроты и улучшения деконтаминации биологических образцов применяли стерильный раствор N-ацетил-цистеина с гидроксидом натрия (BBLMycPrepNALC-NaOH). Инокуляция образцов проводилась в соответствии с руководством в пробирки с жидкой питательной (модифицированной) средой Middlebrook 7H9. Для повышения деконтаминационных свойств питательной среды использовалась добавка PANTA (смесь антибиотиков).

Для идентификации микобактерий туберкулеза использовали Capitatest.

Учет результатов посевов проводили в течение всего периода инкубации, при максимальных сроках на питательной среде Левенштейна - Йенсена - 2,5 месяца и на системе BD BACTEC MGIT 960 - 42 дня.

При оценке высеваемости МБТ из образцов клинического материала результаты исследований проверяли вычислением статистической погрешности процесса и средней ошибки разности для двух показателей. При разности между процентами в сравниваемых группах меньше средней ошибки разности, найденную разность считали ненадежной, при разности между процентами больше средней ошибки разности, разность считали статистически достоверной [14].

При проведении исследований на лекарственную чувствительность в составе среды Middlebrook 7H9 используют добавки SIRE (для определения чувствительности к стрептомицину, изониазиду, рифампицину, этамбутолу) и PZA (для определения чувствительности к пипразинамиду).

Тесты на лекарственную чувствительность проводились в параллельных исследованиях, по следующей схеме:

- культуры МБТ, полученные на системе BD BACTEC MGIT 960 исследовали на лекарственную чувствительность на системе BD BACTEC MGIT 960;

- культуры МБТ, полученные на среде Левенштейна-Йенсена, на лекарственную чувствительность исследовали методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена;

Лекарственную чувствительность методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и на системе BD BACTEC MGIT 960 определяли к следующим препаратам - изониазид, рифампицин, дигидрострептомицина сульфат, этамбутол гидрохлорид.

Результаты ТЛЧ учитывали на среде Левенштейна-Йенсена от 28 до 42 дней, на системе BD BACTEC MGIT 960 – от 4 до 22 дней.

По результатам работы определяли следующие показатели ТЛЧ на BD BACTEC MGIT 960 по отношению к классическому ТЛЧ на питательной среде Левенштейна-Йенсена: чувствительность теста (способность определять истинную лекарственную устойчивость), специфичность теста (способность определять истинную лекарственную чувствительность) и эффективность теста (частота правильных результатов к общему числу результатов) [12].

На основании полученных данных нами были рассчитаны основные показатели теста лекарственной чувствительности на системе BD BACTEC MGIT 960 по отношению к определению лекарственной чувствительности методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена.

В нашем исследовании чувствительность (Se) показывает процент верно идентифицированных лекарственно-устойчивых штаммов к противотуберкулезному препарату, специфичность (Sp) показывает процент верно идентифицированных лекарственно-чувствительных штаммов к ПТП, эффективность теста (частота правильных результатов к общему числу результатов)

Чувствительность и специфичность рассчитывали по общепринятым формулам: $Se = (a/(a+c)) \times 100$, $Sp = (d/(d+b)) \times 100$, где a - число штаммов с устойчивостью к препарату, подтвержденной обоими методами, c - устойчивые по результатам Л-Й, но чувствительные по BD BACTEC MGIT 960. Во второй формуле: d - число штаммов, чувствительных к препарату, по результатам обоих методов, b - чувствительные по результатам Л-Й, но устойчивые по результатам BD BACTEC MGIT 960.

Оценку эффективности рассчитывали по формуле: $(a + d)/\text{все исследования}$.

Результаты исследования. При обследовании 117 больных было проведено 234 параллельных посева штаммов МБТ для проведения ТЛЧ (117 - на среду Левенштейна-Йенсена и, соответственно, 117 - на диагностической тест-системе BD BACTEC MGIT 960).

Основные показатели определения лекарственной устойчивости на диагностической тест-системе BD BACTEC MGIT 960 к каждому препарату (изониазид, рифампицин, дигидрострептомицин сульфат, этамбутол гидрохлорид) и к множественной форме лекарственной устойчивости (HR), представлены в нижеследующих таблицах.

Так, в табл.1 показано, что в 87 случаях была определена устойчивость к изониазиду методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 85 случаях устойчивость подтверждена на BACTEC MGIT 960. В 2-х случаях устойчивость не подтверждена на BACTEC MGIT 960. В 34 случаях определена чувствительность к изониазиду методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 32 случаях чувствительность подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960.

Таблица 1.

Показатели определения устойчивости МБТ к изониазиду (И) на BACTECMGIT 960.

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		Всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к И	МБТ чувствительные к И				
МБТ устойчивые к И	85	2	87	97,7	91,4	96,6
МБТ чувствительные к И	2	32	34			
ВСЕГО	87	34	121			

Таблица 2.

Показатели определения устойчивости МБТ к рифампицину(R) на BACTECMGIT 960.

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		Всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к И	МБТ чувствительные к И				
МБТ устойчивые к И	54	2	56	96,4	96,8	96,6
МБТ чувствительные к И	2	61	63			
ВСЕГО	56	63	119			

Таблица 3.

Показатели определения устойчивости МБТ к этамбутолу (Е) на BACTECMGIT 960.

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		Всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к И	МБТ чувствительные к И				
МБТ устойчивые к И	43	7	50	86	91,3	89,3
МБТ чувствительные к И	7	74	81			
ВСЕГО	50	81	131			

В 2-х случаях чувствительность не подтверждена на BACTECMGIT 960. Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к изониазиду на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 97,7% и 91,4%, эффективность теста – 96,6%.

В табл.2 представлены показатели определения устойчивости МБТ к рифампицину (R) на BACTECMGIT 960. В 56 случаях была определена устойчивость к рифампицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 54 случаях устойчивость подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 2-х случаях устойчивость к рифампицину не подтверждена на MGIT. В 63 случаях определена чувствительность к рифампицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 61 случае чувствительность подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 2-х случаях устойчивость не подтверждена на MGIT. Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к рифампицину на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 96,4% и 96,8%, эффективность теста – 96,6%.

Как следует из табл.3, в 50 случаях была определена устойчивость к этамбутолу методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 43 случаях устойчивость подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 7 случаях устойчивость к этамбутолу не подтверждена на MGIT. В 81 случае определена чувствительность к этамбутолу методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 74 случаях чувствительность подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 7 случаях чувствительность не подтверждена на MGIT.

Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к этамбутолу на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 86% и 91,3%, эффективность теста – 89,3%.

Таблица 4.

Показатели определения устойчивости МБТ к стрептомицину (S) на BACTECMGIT 960.

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		Всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к Н	МБТ чувствительные к Н				
МБТ устойчивые к Н	86	-1	85	98,8	103,4	100
МБТ чувствительные к Н	1	30	31			
ВСЕГО	87	29	116			

В 87 случаях была определена устойчивость к стрептомицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 86 случаях устойчивость подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 1 случае устойчивость к стрептомицину не подтверждена на MGIT. В 29 случаях определена чувствительность к стрептомицину методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 30 случаях чувствительность подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 1 случае чувствительность не подтверждена на среде Л-Й. Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к стрептомицину на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 98,8 и 103,4%, эффективность теста – 100%.

Таблица 5.

Показатели определения множественной лекарственной устойчивости МБТ (HR) на диагностической тест-системе BDBACTECMGIT 960.

Диагностическая тест-система BD BACTEC MGIT 960	среда Левенштейна – Йенсена		Всего	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Эффективность (%)
	МБТ устойчивые к Н	МБТ чувствительные к Н				
МБТ устойчивые к Н	48	4	52	87,3	92,9	90,1
МБТ чувствительные к Н	7	52	59			
ВСЕГО	55	56	111			

В 55 случаях была определена устойчивость к HR-комплексу ППП, как множественная устойчивость, методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна - Йенсена и в 48 случаях МЛУ подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 7 случае МЛУ не подтверждена на MGIT. В 56 случаях определена чувствительность к МЛУ методом абсолютных концентраций на питательной среде Левенштейна-Йенсена и в 52 случаях чувствительность к HR-комплексу подтверждена на тест-системе BD BACTEC MGIT 960. В 4 случае чувствительность к HR-комплексу не подтверждена на MGIT. Таким образом, чувствительность и специфичность при определении лекарственной чувствительности к HR-комплексу на тест-системе BD BACTEC MGIT 960 составили, соответственно 87,3% и 92,9%, эффективность теста – 90,1%.

Кроме высоких показателей определения чувствительности/устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам на диагностической тест-системе BD BACTEC MGIT 960 необходимо отметить, что время исследования лекарственной чувствительности МБТ на аппарате BD BACTEC MGIT 960 существенно сокращается. Если на определение лекарственной чувствительности МБТ унифицированным методом абсолютных концентраций на плотных питательных средах затрачивается 3-4 недели, то на жидких средах данный тест длится, в среднем, 6,8 суток. Окончательный результат тестов на чувствительность МБТ с учетом детекции на автоматизированной системе клиницисты получают, примерно, на 21сутки, а при использовании традиционных методов, более чем через 2 месяца.

Сокращение времени выполнения тестов на лекарственную устойчивость остается актуальной проблемой для стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, даже с учетом внедрения ускоренных автоматизированных систем BD BACTEC MGIT 960 с использованием жидких питательных сред.

Выводы

Совпадение результатов тестирования лекарственной чувствительности МБТ к этамбутолу, изониазиду, рифампицину, стрептомицину на средах Левенштейна-Йенсена и Middlebrook 7H9 отмечены в 89,3%, 96,6%, 100% случаев.

Литература

1. Бочкарев Е.Г., Денисова Т.С., Генерозов Э.В. и соавт. Генодиагностика во фтизиатрии. - М., 2000.
2. Голышевская В.И., Иртуганова О.А., Смирнова Н.С. и др. Сравнение интратрекуляционного и автоматизированного BACTEC MGIT 960 AST методов определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза // Пробл. туб. – 2003. – №8. – С. 34–37.
3. Иртуганова О.А., Смирнова Н.С., Мороз А.М., Литвинов В.И. Ускоренная культуральная диагностика туберкулеза с

- использованием систем BACTEC MGIT и MB/BacT // Метод. рекомендации МНПЦБТ. – М., 2001. – 16 с.
4. Brunello F, Favari F, Fontana R. Comparison of the MB/BacT and BACTEC 460 TB systems for recovery of mycobacteria from various clinical specimens // *J. Clin. Microbiol.* – 1999. – Vol. 37. – P. 1206–1209.
5. Brunello F., Fontana R. Reliability of the MB/BacT system for testing susceptibility of MTB complex isolates to antituberculosis drugs // *J. Clin. Microbiol.* – 2000. – Vol. 38. – P. 872–873.
6. Diaz-Infantes M., Ruiz-Serrano M., Martinez-Sanchez L. et al. Evaluation of the MB/BacT Mycobacterium detection system for susceptibility testing of *M.tuberculosis* // *J. Clin. Microbiol.* – 2000 – Vol. 38. – P. 1988–1989.
7. Roberts G., Goodman N., Heifets L., et al. Evaluation of the BACTEC radiometric method for recovery of mycobacteria and drug susceptibility testing of *M.tuberculosis* // *J. Clin. Microbiol.* – 1983. – Vol. 8. – P. 689–696.
8. Rusch-Gerdes S., Domehl C, Nardi G. et al. Multicenter evaluation of the Mycobacteria Growth Indicator Tube for testing susceptibility of *M.tuberculosis* to first-line drugs // *J. Clin. Microb.* – 1999. – Vol. 37. – P. 45–48.
9. Yew W.W., Chan C.K., Chau C.H. et al. Outcomes of patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis treated with ofloxacin/levofloxacin-containing regimens // *Chest.* – 2000. – №117. – P. 744–751.
10. Шаулет P., Спинаси С., Харрис А. Для Глобальной программы борьбы с туберкулезом, ВОЗ. Лечение туберкулеза: рекомендации для Национальных программ. 2-е издание. Женева, Швейцария, 1998. 21.
11. Salman H. Siddiqi, Sabine Rusch-Gerdes. Руководство по работе с Системой BACTEC MGIT 960. FIND, 2006.
12. Lazlo A., Rahman M., Raviglione M., Bustero F. Программа обеспечения качества при проведении тестов на лекарственную чувствительность *Mycobacterium tuberculosis* в сети межнациональных референс-лабораторий ВОЗ/МСБТБЛ: первый раунд исследования качества работы лабораторий. Ж. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007; (4):42–48
13. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиа Сфера, 2002.
14. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях. – Москва.: Медицина, 1978. – С.102–104.
15. Скрягина Е.М., Залужная О.М., Рот А., Маух Х. Тестирование лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза с использованием различных методов. Ж. Проблемы туберкулеза. №5, 2001. С.44
16. Николаевский В.В., Балабанова Я.М. и др. Чувствительность и специфичность молекулярно-генетической тест-системы HAIN MBT DRPlus для экспресс-диагностики лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза на материале мокроты. Ж. Туберкулез и болезни легких. №4, 2010. С.28.

Efficiency of the accelerated method of identification and determination of drug susceptibility of *M. tuberculosis* to anti-TB drugs

A.D. Adambekova¹, A.SH. Alisherov², Z.K. Goncharova², A.M. Musayeva²

¹Kyrgyz-Russian Slavic University,

²The National Centre of Phthisiology MoH KR, Bishkek, Kyrgyz Republic

Comparative analysis of an efficiency of the automated system BD BACTEC MGIT 960 for diagnosis of *M. Tuberculosis* has demonstrated its higher diagnostic advantages. Concurrence of drug susceptibility testing to ethambutol, isoniazid, rifampicin and streptomycin and on the Lowenstein-Jensen medium and Middlebrook 7H9 are 89,3%, 96,6%, 100%.

Keywords: diagnosis of tuberculosis, automated system BD BACTEC MGIT 960, Lowenstein-Jensen medium



УДК 614.2

К ВОПРОСУ О СИТУАЦИИ ПО РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*Бобоходжаев О.И., Сиродждинова У. Ю.,
Давлятов Ф.А., Шарипов Ф.Р., Аптекарь Т.Д.*

Республиканский центр по борьбе с туберкулезом,
Кафедра фтизиопульмонологии Таджикского
Государственного медицинского университета
имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Таджикистан.

Ситуация по туберкулёзу в Таджикистане остаётся сложной, особенно в сельской местности в связи с кризисными явлениями в экономике и усилением миграционного процесса.

Если оценочный показатель ВОЗ заболеваемости по туберкулезу по Таджикистану в 1990 году составлял 112, в 2001 - 114, то в 2004 году он составил уже 177, а в 2010 г. - 206 случаев на 100 тысяч населения. Оценочный показатель смертности колебался в эти годы в пределах 36-40 и в 2010 году составил 41 на 100 тысяч населения [4].

Отрадно отметить, что перерасчёт проведенный на основе новых детерминант в 2011 году позволил экспертам ВОЗ снизить указанные оценочные показатели соответственно до 193 и 16 случаев на 100 тысяч населения [5].

Показатель регистрируемой заболеваемости туберкулезом в 2007 году составлял 85,1 на 100 тысяч населения. В последующие годы этот показатель составил 83,8; 78,7; 78,5; 77,0 и по предварительным данным официальной статистики в 2012 году, составил 70,6 на 100 тысяч населения. Показатель регистрируемой смертности в 2007 году и в последующие годы составил 6,3; 5,4; 5,9; 6,2; 6,6 и в 2012 году, также по предварительным данным, составил 5,6 на 100 тысяч населения.

О тяжести ситуации свидетельствовало также и выявление тяжелых распространённых форм как лёгочного, так и внелёгочного туберкулёза. У 65-70% впервые выявленных больных, туберкулез диагностировался в фазе распада. Ежегодно количество зарегистрированных больных с фиброзно-кавернозным туберкулёзом среди впервые выявленных больных увеличивалось. Так, с 1993 по 2003гг. число больных с данной формой заболевания увеличилось с 2,5% до 5,1%, т.е. более чем в 2 раза.

Наряду с этим отмечался рост семейного туберкулёза. Среди детей чаще выявлялись диссеминированный туберкулёз и туберкулёзный

менингит. С 1992 по 2003 год фаза распада у больных детей стала выявляться в 13 раз больше (0,8% против 11,1%). С 2004 года произошел спад регистрации распада у больных детей и составил 4,9% и, начиная с 2005 года, этот показатель держится на одном уровне с колебаниями от 6,0% до 7,4%. В 2011 году среди детей больных туберкулезом диссеминированный туберкулёз и туберкулёзный менингит выявлялись в 1,2% случаев.

Показатели заболеваемости внелёгочным туберкулёзом были следующими: 1997 г. - 5,4, 1998 г. - 5,3, 1999 г. - 5,6, 2000 г. - 5,9. Если до начала внедрения программы (2001 г.) внелёгочные формы составляли 6,7 случаев на 100 000 населения, то в 2002 г. - 6,0, в 2003 г. - 11,1, в 2004 г. - 7,6, в 2005г. - 8,4, в 2006 году - 9,8, в 2007г.-24,7; 2008 г. - 24,2; 2009 г. - 22,7; 2010 г. - 21,7; 2011 г. - 20,1 на 100 000 населения. Доля внелёгочных форм от всех новых случаев туберкулеза в эти годы составляла от 27 до 33%. Более наглядно данная динамика прослеживается при анализе абсолютных значений заболеваемости.

Анализ показал, что туберкулезом в нашей стране чаще заболевают лица трудоспособного возраста 15-54 лет, что в 2007-2011 гг. составило 92 % от общего числа заболевших. В течение многих лет заболеваемость среди женщин была выше, чем заболеваемость среди мужчин, в 1985 г.- заболевших туберкулезом среди женщин составило 57,0%, против 43,0% среди мужчин, в 1993 году заболеваемость среди мужчин составила 49,8%, против 50,2% среди женщин, а начиная с 2003 г. заболеваемость среди мужчин преобладает, составив 57,0% против 43,0% у женщин. С каждым годом увеличивается удельный вес трудовых мигрантов среди впервые выявленных больных, так в 2007 - 6,25 %, 2008 - 17%, 2009 - 17,9 % и в 2011 году этот показатель составил 16%.

Заключение. В Республике Таджикистан, относящейся к числу беднейших стран, бремя туберкулеза остается крайне высоким.

Заболеваемость туберкулёзом в разных регионах страны варьирует от 47,9 до 306,0 случаев на 100 тысяч населения. В то же время число официально зарегистрированных случаев не отражают реальную эпидемиологическую ситуацию. Регистрации больных с бактериовыделением в 2011 году составляло 50,3% среди больных с легочным туберкулезом и 36,6% среди всех новых случаев туберкулеза. В 2012 году эти показатели повысились и составили соответственно 51,4% и 37,2%.

Показатель регистрации смертности населения от туберкулёза за последние 10 лет также повысился и в 2012 году составляет 5,6 на 100 тысяч населения.

Отрадно отметить, что перерасчёт проведенный на основе новых детерминант в 2011 году позволил

экспертам ВОЗ снизить расчетные показатели заболеваемости с 206 до 193 и смертности с 41 и 16 случаев на 100 тысяч населения.

Литература

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России //Пробл. туб. - 2002. - №1. - С.6-9.
 2. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан// Министерство здравоохранения Республики Таджикистан. – Душанбе. – с 2000 по 2012 г.

3. Сироджидинова У.Ю., Сайдалиев С.М. Реализация программы борьбы с туберкулезом в Республике Таджикистан// Мат.междунар. конф., посвященной вопросам глобального контроля за туберкулезом в странах Центральной Азии. – Душанбе. – 2006. – стр.27-28.
 4. Global Tuberculosis Control// Surveillance, Planning, Financing. - WHO Report. - 2011. - P.190.
 5. Global Tuberculosis Control// Surveillance, Planning, Financing. - WHO Report. - 2012.



УДК 616.24-002.5-089:616.712.1-089

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ.

Гаипов Г.Р., Разаков О.Р., Истамов К.Т., Сейитканов Б.К., Батиров Р.Р.

Национальный центр фтизиатрии МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В клинике пролечены 104 больных с эмпиемой плевры. У 63 больных достигнуто полное выздоровление, 16 больных выписаны в относительно удовлетворительном состоянии, а 21 больным потребовалось хирургическое лечение. Летальность составило 4 (3,8%)

Ключевые слова: эмпиема плевры, хирургическое лечение.

ПЛЕВРАНЫН ЭМПИЕМАСЫН КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО.

Улуттук фтизиатрия борбору МСС КР, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Клиникада 104 бейтап плевранын эмпиемасы дарты менен дарыланган. Алардын ичинен 63 бейтап толугу менен айыккан, 16 бейтап орто абалда чыгарылган, 21 бейтапка хирургиялык ыкма колдонулган. Өлгөндөр 4 (3,8%)

Негизги сөздөр: плевранын эмпиемасы, хирургиялык ыкма менен дарылоо.

В последние годы отмечается значительный рост числа больных с гнойными заболеваниями легких и их осложнениями. Одним из частых и тяжелых осложнений является эмпиема плевры.

Лечение эмпиемы плевры - наиболее сложный раздел хирургической пульмонологии. За последние 20 лет этой проблеме было посвящено много работ [1-12].

В клинике лечилось 104 больных с эмпиемой плевры. Им была выполнена диагностическая и лечебная торакоскопия. Пол и возраст больных представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Пол и возраст больных с эмпиемой плевры.

Пол	Возраст в годах							Общее кол-во
	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-71	71 и старше	
М	9	17	21	16	4	3	1	71
%	12,7	23,9	29,6	22,5	5,6	4,2	1,4	68,3
Ж	2	8	10	9	3	1	-	33
%	6,0	24,2	30,3	27,3	9,0	3,0		31,7
Всего	11	25	31	25	7	4	1	104
%	10,6	24,0	29,8	24,0	6,7	3,8	0,96	100

Как видно из таблицы 1, эмпиема плевры чаще встречается у мужчин (68,3%), нежели у женщин (31,7%). В основном больные были в возрасте от 18 до 50 лет, причем 78,3% составили лица трудоспособного возраста.

Правосторонняя эмпиема плевры была у 61 (58,7%) больных, левосторонняя у 43 (41,3%) больных.

Давность заболевания эмпиемой плевры от 1 до 3 месяцев отмечена у 27(25,96%), от 3 до 6 месяцев у 29(27,88%), от 6 месяцев до 1 года у 28(26,9%) и от 1 года до 3 лет у 20 (19,2%) больных.

В нашей работе мы придерживались классификации Г.И.Лукомского (1976). В зависимости от распространенности гнойного процесса эмпиемы были тотальными у 22-х больных, распространенными у 48, ограниченными у 34 больных.

Этиологические факторы, приведшие к эмпиеме плевры:

1. Воспаление легких и плевры - 76 (73,1%) больных, из них эмпиема плевры без деструкции легочной ткани у 34 (44,7%) и с деструкцией легочной ткани у 42 (55,3%).
2. Туберкулезная эмпиема у 21 (20,2%).
3. Нагноившийся и прорвавшийся эхинококк легких у 4 (3,8%).
4. Посттравматическая эмпиема у 2 (1,9%).
5. Рецидивирующий пневмоторакс у 1 (0,96%).

Как видно, наиболее частой причиной эмпиемы плевры были острые и хронические деструктивные изменения в легких и плевре (73,1%).

Причинами такого роста служат несвоевременное обращение больных за помощью, неполноценное обследование на начальном этапе лечения, неправильная постановка диагноза и неадекватное лечение и др.

Прогноз и лечебная тактика в этих группах больных существенно различаются.

Дифференцировать эти группы можно только с помощью торакоскопии.

Эмпиема без деструкции ткани легкого была диагностирована у 48 (46,2%) больных, с деструкцией легкого у 56 (53,8%).

При небольших сроках заболевания бронхиальные свищи открыты, либо прикрыты фибрином, после удаления которого становятся хорошо доступны для визуального осмотра. При длительных сроках заболевания висцеральная и париетальная плевроны покрываются массивными фибринозными напластованиями, резко утолщаются, легкое становится ригидным и не расправляется при активной аспирации под контролем торакоскопа.

Целью торакоскопического обследования у больных эмпиемой плевры явилось не только выявление причин, поддерживающих нагноение, но и при возможности устранение последних.

Проводили следующие лечебные манипуляции: механическая очистка плевры, ультразвуковая и лазерная очистка, при наличии бронхиального свища

накладывали клипсы, декорткация легкого и адекватное дренирование плевральной полости. Этим требованиям в полном объеме отвечает торакоскопическая ультразвуковая санация и декорткация легкого лучом лазера.

Ультразвуковая санация плевральной полости проводилась аппаратом УРСК-7Н, лазерная декорткация выполнялась неодимовым АИГ-лазером "Радуга-1", мощность излучения 40-50 Вт.

В затруднительных случаях для выявления дефекта легочной ткани и бронхиального свища мы использовали водную пробу. В плевральную полость вводили раствор фурацилина 1:5000 до погружения подозрительных участков легкого, при деструкции легочной ткани появлялись пузырьки воздуха.

Оценка степени деструкции легкого складывалась из выяснения его размеров и объема вторичных изменений в плевральной полости. По своим размерам дефекты легкого мы условно разделили на две группы - незначительных размеров деструкции легкого с мелкими бронхиальными свищами и обширные деструкции с наличием множественных крупных бронхиальных свищей.

Эндоскопическим признаком легочной деструкции является наличие на висцеральной плевре дефекта с кораллоподобными массами с одним или множественными легочно-плевральными свищами.

Используя результаты торакоскопии, мы выделили три типа легочно-плевральных свищей:

I тип - незначительный дефект легочной ткани небольшое округлое отверстие, висцеральная плевра утолщена, четко отграниченное от окружающих тканей при отсутствии продолжающейся деструкции легочной ткани;

II тип - значительное утолщение ткани легкого, свищ в виде запонки, при этом на месте выхода свища на висцеральную плевро определяется небольшое отверстие, а под висцеральной плеврой - участок деструкции легочной паренхимы, размеры которого значительно превышают диаметр свища.

При III типе - легочно-плевральные фистулы множественные, открываются в участок разрушенной некротизированной легочной паренхимы.

У 26 из 56 больных (I тип) с деструкцией легкого выявлены одиночные мелкие бронхиальные свищи, возникшие, очевидно, в результате вскрытия в плевральную полость небольших субплевральных абсцессов, распластанных по поверхности легкого.

У 16 больных (II тип) обнаружены крупные и множественные бронхиальные свищи с обширными участками деструкции легкого. Очаги деструкции представлялись в виде углублений, по краям были видны некротические ткани легкого и толстые

коралловидные массы. На дне открывались бронхиальные свищи различного диаметра.

У 14 (III тип) больных обнаружен абсцесс с прорывом в плевральную полость. При этом обнаруженные дефекты напоминали пещеру с висящими над входом в нее участками некротизированной ткани легкого. Стенки полости были покрыты толстым гнойным налетом с множественными, крупными бронхиальными свищами.

Необходимо также отметить, что у 56 больных с наличием деструкции легочной ткани, подвергшихся торакоскопии, неоднократно проводили санационную бронхоскопию, причем у 30 больных со средними, крупными бронхиальными свищами торакоскопия сочеталась с окклюзией пораженного долевого бронха, через бронхоскоп описанной выше методикой. Окклюзия верхнедолевого бронха произведена у 5 больных, среднедолевого - у 4, нижнедолевого - у 16 и промежуточного бронха у 5 больных. Длительность окклюзии составляла от 7 дней до 1 месяца. После окклюзии пораженного бронха, лечение этой группы больных начинали с закрытого дренирования плевральной полости двумя дренажами диаметром не менее 10мм. В течение 3-5 дней проведено проточно-аспирационное промывание плевральной полости в сочетании с массивной антибактериальной и дезинтоксикационной терапией. После уменьшения интоксикации и дыхательной недостаточности больным выполняли повторную торакоскопическую санацию плевральной полости. Торакоскоп вводили через новый торакоцентезный разрез грудной стенки, а эндоскопические инструменты - через торакоцентезы, выполненные при первичной торакоскопии плевральной полости.

У 26 больных с небольшими одиночными бронхиальными свищами торакоскопическую санацию начинали с промывания плевральной полости антисептическим раствором под визуальным контролем. Затем, плевральную полость заполняли антисептическим раствором в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия или по чувствительности антибиотиков. Поэтапно из двух точек обрабатывали ультразвуком плевральные листки под контролем торакоскопа, введенного через второй троакар.

В процессе обработки периодически заменяли загрязненную жидкость.

Волновод своей излучающей поверхностью располагали перпендикулярно к обрабатываемой поверхности. Поверхность плевры предварительно ощупывали манипулятором для определения ее

плотности. Место наибольшей плотности и участки, покрытые гнойным налетом, обрабатывали особенно тщательно.

Озвучивание производилось в режиме резонанса при частоте колебаний - 26,5 кГц. Длительность озвучивания 3-5 минут. Ультразвуковое озвучивание способствовало отхождению большого количества фибрина, рыхло спаянного с плеврой. Фиксированные фибриновые массы удаляли эндоскопической кюреткой.

При наличии дефекта и бронхиальных свищей коагулировали лазерным лучом неодимового АИГ-лазера с мощностью излучения 40-60 Вт. У 17 больных с небольшими бронхиальными свищами после эндоскопической ультразвуковой и лазерной санации отмечалась герметизация плевральной полости. Эндоскопическая ультразвуковая санация и лазерная фотокоагуляция плевральной полости приводила к значительному уменьшению плевральной экссудации, жидкость приобретала серозно-геморрагический характер с небольшим осадком. После торакоскопии брали жидкость из плевры на бактериологическое исследование, во всех случаях рост патогенной микрофлоры не получен.

Повторную эндоскопическую ультразвуковую санацию выполняли через 5-6 дней. К этому времени остаточная плевральная полость обычно уменьшалась в среднем в 2,5 раза, отмечалось значительное уменьшение количества фибрина, отсутствие в плевральной полости осумкованного гноя, появлялась подвижность легкого и анатомические ориентиры - междолевые борозды, диафрагма, органы средостения. При повторной торакоскопии также выполняли ультразвуковую обработку и лазерную фотокоагуляцию бронхиальных свищей, которые к этому времени уменьшались в размерах.

Наилучшие результаты эндоскопической санации плевральной полости получены у 47 больных с эмпиемой плевры без деструкции легочной ткани. Эмпиемы были ограниченными без легочно-плеврального свища и в большинстве случаев локализовались в нижних отделах плевры. Торакоскопическую санацию выполняли после аспирации и промывания плевральной полости. Под контролем торакоскопа дважды производили обработку плевральной полости с ультразвуком. После однократной эндоскопической санации отмечено резкое уменьшение количества отделяемого из плевральной полости и посевы отделяемого по дренажам во всех случаях оставались стерильными. Через 3-4 дня после аспирации уменьшились размеры остаточной полости.

У 4 больных послеоперационная эмпиема после лобэктомии разрешилась после двукратной бронхоскопической и торакоскопической санации с коагуляцией бронхиальных свищей и постоянной, активной аспирацией. В 2-х случаях эмпиема плевры развилась после резекции нижней доли и S₄₊₅ левого легкого. Причиной развития эмпиемы плевры явилось наличие микробронхиальных свищей. В 2-х случаях эмпиема плевры развилась после пульмонэктомии. При наличии бронхиальных свищей выполняли закрытое дренирование плевральной полости и поднаркозную бронхоскопию с эндобронхиальной обработкой слизистой оболочки бронха вокруг свища раствором ляписа и коагуляцией свищевого хода электрокоагулятором. Если к моменту закрытия бронхиального свища эмпиема сохранялась, проводили торакоскопическую санацию плевральной полости с использованием низкочастотного ультразвука.

В результате комплекса торакоскопических вмешательств: санации и туалета плевральной полости под контролем зрения, закрытого освобождения легкого из сращений, ультразвуковой и лазерной декортикации легкого, бронхоскопической и торакоскопической электрокоагуляции бронхиальных свищей, окклюзии пораженного бронха, ультразвуковой обработки плевры с антибиотиком, торакоскопической санации с лазерной фотокоагуляцией висцеральной и париетальной плевры, на фоне адекватного дренирования полости плевры удалось добиться раннего расправления легкого и ускоренного регресса гнойного процесса в легких и плевре у 79 (76,0%) больных, что соответственно сокращало срок пребывания этих больных в стационаре в среднем на 12-15 дней.

Несмотря на интенсивное лечение, в этой группе больных умерли 4 (3,8%). Эта летальность объясняется тяжелым состоянием больных, поступивших после 40 дней с момента заболевания в фазе раневого истощения, с тотальной эмпиемой и деструкцией легочной ткани. Тем не менее, наши наблюдения показали, что хотя данная методика лечения не во всех случаях приводит к излечению, очищению плевральной полости и устраняет интоксикацию организма.

У 21 (20,2%) больного диагностическая торакоскопия послужила основой для хирургической операции. Торакоскопия и консервативная терапия у 21 больного были не эффективны. У 12 больных диагностировано панцирное легкое, у 7 из них с бронхиальными свищами; у 3 абсцесс легкого с прорывом в плевральную полость; у 2 без

деструкции. У 4 больных обнаружен нагноившийся и прорвавшийся эхинококк легкого и у 5 больных ригидная остаточная полость.

Таким образом, проводимые во время торакоскопии соответствующие лечебные мероприятия в сочетании с консервативной терапией у 79 (75,9%) больных привели к быстрой ликвидации воспалительного процесса, из них у 63 больных достигнуто выздоровление с полной облитерацией плевральной полости, 16 больных были выписаны из клиники с незначительной сухой остаточной полостью, а 21 больному потребовалось оперативное лечение, показания к которому были основаны на результатах диагностических и лечебных торакоскопий. Общая летальность составила 4 (3,8%). Летальные исходы относятся к группе больных, поступивших после 40 дней с момента заболевания в фазе раневого истощения, с тотальной эмпиемой и с деструкцией легочной ткани.

На основании выше изложенного следует считать, что торакоскопия и бронхоскопия является важным методом в комплексе диагностических и лечебных мероприятий, проводимых у больных с эмпиемой плевры. Диагностическая торакоскопия обязательна всем больным с хронической эмпиемой плевры. Эндоскопические методы лечения эмпиемы плевры с использованием современных технических средств - низкочастотного ультразвука и высокоэнергетического лазерного излучения представляют собой малотравматичные вмешательства и могут быть применены у больных с низкими функциональными резервами как в качестве самостоятельного метода, так и при подготовке к оперативному лечению. Торакоскопическая санация плевральной полости с использованием ультразвука с антибиотиком и облучения плевры неодимового АИГ-лазера открывает новые возможности для улучшения результатов лечения эмпиемы плевры.

Литература

1. Андриенко А.А. и соавт. Возможности остеопластической торакопластики в хирургии распространенного фибронокавернозного туберкулеза легких //I Конгресс фтизиатров Казахстана, Алматы, 2004., С.223-224.
2. Богущ Л.К. Хирургическое лечение туберкулеза легких.-М., 1979.
3. Вивиков О.Ж. Лечение плевральных осложнений деструктивных пневмоний у детей с использованием акустической энергии. Автореф. дисс. канд.мед.наук.-М., 1989.
4. Домбаев М.Д. Хирургическое лечение осложненных форм нагноительных заболеваний легких. Автореф. дисс. докт. мед.наук.-М., 1986.
5. Зеракчиев М.С. Ателектаз и пневмония после резекции легкого по поводу туберкулеза и другой легочной патологии. Автореф. дисс. канд. мед.наук.-М., 1981.
6. Исмаилов А.Э. Роль санации плевры в комплексном лечении легочно-плевральных форм острой деструктивной пневмонии у детей. Автореф. дисс. канд.мед.наук.-М., 1989.

7. Коханенко В.В. Клиника и лечение острых инфекционных деструкций легких, осложненных пневмотораксом. Автореф. дисс. канд. мед. наук. -Л., 1985.
8. Кравченко А.Ф. Новый метод «каскадной» торакопластики в хирургии деструктивного туберкулеза легких //Пробл. туб. и б-в легких, 2004, №4, С. 15-18.
9. Оганесян М.А. Клинические основы применения низкокачественного ультразвука в профилактике послеоперационных нагноений при лечении перитонита и гнойных ран. Автореф. дис. докт. мед. наук. -Пермь, 1988.
10. Ситко Л.А. Эмпиема плевры (применение новых методов и пути улучшения лечения). Автореф. дис. докт. мед. наук. -М., 1982.
11. Чапау Б.Х. Комбинированное хирургическое лечение больных эмпиемами плевры различной этиологии с применением CO₂-лазера. Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1985.
12. Ясногородский О.О. Комплексное лечение неспецифических эмпием плевры. Автореф. дис. канд. мед. наук. -М., 1989.

Complex treatment of pleural empyema.

G.R. Gaipov, O.R. Razakov, K.T. Eastham,
B.K. Seyilkanov, R.R. Batirov.

The National Centre of Phthisiology MoH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic

The hospital treated 104 patients with pleural empyema. In 63 patients achieved complete recovery, 16 patients were discharged in relatively fair condition and 21 patients required surgical treatment. Mortality was 4 (3.8%)

Keywords: empyema, surgical treatment.



УДК 616.24 – 002.5 – 089: 616. 712.1 – 089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

Гаипов Г.Р., Разаков О.Р., Истамов К.Т.,
Сейилканов Б.К., Батиров Р.Р.

Национальный центр фтизиатрии МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

В отделении хирургии легочного туберкулеза были прооперированы 84 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью. Из них 88% (74) больных являлись бактериовыделителями. В результате комплексного лечения было достигнуто 98,2% ликвидация полости в легком. Полный клинический эффект отмечено у 90,5% больных.

Ключевые слова: фиброзно-кавернозный туберкулез, легкое, операция.

КӨП ДАРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ФИБРОЗ КӨНДӨЙЛҮҮ ТУБЕРКУЛЕЗ ДАРТЫ МЕНЕН БЕЙТАПТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМА МЕНЕН ДАРЫЛОО

Өткө туберкулезинун хирургиясы бөлүмүндө 84 бейтап өткөнүнү фиброз көндөйлүү туберкулезу деген дарты менен хирургиялык ыкмалар колдонуп дарыланган. Алардын ичинен 88% же 74 бейтап туберкулез микобактериясын болуп чыгаруучулар. Комплекстүү дарылоонун натыйжасында 90,5% пайыз бейтаптын клиникалык эффективдүүлүгүнө жетишилди.

Негизги сөздөр: фиброз көндөйлүү туберкулез, өткө, операция.

Проблема лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя туберкулеза, особенно множественной ЛУ, приобрела в последнее время глобальное значение. Многочисленные исследования последних лет показывают, что все большее распространение мультирезистентного туберкулеза в мире является наглядным показателем неэффективности консервативного лечения.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу, об ухудшении которой первые сообщения появились в начале 90-х годов, по прежнему имеет отрицательную динамику, так как показывает прогноз Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), актуальность проблемы туберкулеза в Кыргызской Республике, как и во всех странах мира сохраняет свою остроту.

С 2001 года стал отмечаться заметный рост всех эпидемиологических показателей по туберкулезу (заболеваемость, болезненность и смертность) среди населения нашей республики. А в настоящее время Кыргызская Республика также относится к числу государств с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по распространенности полирезистентного и МЛУ туберкулеза. На фоне роста заболеваемости значительно чаще стали регистрироваться тяжелые, распространенные, прогрессирующие формы туберкулеза с массивным бактериовыделением, часто приводящие к летальному исходу.

Как самостоятельная операция торакопластика занимает в практике фтизиохирургической клиники скромное место с частотой применения от 3,8% до 4,6% (Белявский В.Е., 1982). Однако, в группе операций по поводу осложненных и распространенных форм туберкулеза торакомиопластику выполняют с частотой от 44% до 51% (Воробьев А.А., 1989; Кравченко А.Ф., 2002).

Экстраплевральную торакомиопластику в общей фтизиохирургической практике применяют и как предварительный этап для стабилизации, купирования прогрессирующего туберкулезного процесса перед другими радикальными операциями.

Торакомиопластика является одним из лучших коллапсохирургических вмешательств при туберкулезе легких, особенно при использовании современных вариантов, не требующих дополнительного применения в послеоперационном периоде тугой или давящей повязки. К их числу относится и остеопластическая торакопластика Бюрка, впервые выполненная А.А.Андреевко и И.С. Фомичевым в Новосибирском НИИ туберкулеза в 1964 году при деструктивном специфическом процессе. Данная операция широко применяется в ведущих фтизиохирургических центрах СНГ. Предложенная Бюрком, как средство коррекции гемматоракса после резекции легкого больших объемов, она прочно заняла место в хирургии распространенного деструктивного туберкулеза легких.

Целью исследования является изучение эффективности применения остеопластической торакомиопластики при лечении деструктивного

туберкулеза легких у больных с множественной лекарственной устойчивостью.

Проводимые в некоторых сравнительных исследованиях данные свидетельствуют о более высокой эффективности остеоторакомиопластики как основного вмешательства при распространенном туберкулезе и более низкой летальности по сравнению с комбинированными резекциями и пневмонэктомиями.

Основные показания к лечебной остеоторакомиопластике как самостоятельной операции:

1. Односторонний фиброзно-кавернозный туберкулез легких в стадии стабилизации или медленного прогрессирования с большой каверной в верхней доле при умеренном обсеменении остальных отделов легких;
2. Односторонний фиброзно-кавернозный туберкулез с каверной в верхней доле, сопровождающийся выраженными цирротическими изменениями;
3. Остаточная полость каверны после дренирования её или кавернотомии;
4. Остаточная полость после резекции верхних долей легких;
5. Двухсторонний фиброзно-кавернозный туберкулез верхних долей легких.

Используемые до сих пор во фтизиохирургической практике различные варианты торакопластики вызывают значительную деформацию грудной клетки и функциональные нарушения. При этом не удается достигнуть стабильного концентрического коллапса пораженного легкого, в последующем наступает деколлабирование легкого и снижается эффективность оперативного вмешательства. Этих недостатков лишен вариант остеоторакомиопластической операции.

Остеоторакомиопластика является одним из лучших коллапсо-хирургических вмешательств при туберкулезе легких. Особенно при использовании современных вариантов, не требующих дополнительного применения в послеоперационном периоде тугой или давящей повязки.

Техника операции. В положении больного на животе выполняется паравертебральный доступ, и обнажаются задние отрезки верхних 5-6 ребер. Поднадкостнично резецируется задний участок IV, III, II ребер на протяжении 3-5 см и перевязываются к V ребру толстым капроном или лавсаном. Пневмолиз верхней доли выполняется в III межреберье, верхушка легкого фиксируется путем подшивания, т.е. накладывания Z – образных швов. Отличием от существующих методов является резецирование головок IV – III – II ребер в виде

«черепицы» и перевязывание к V ребру при 4-х реберной остеоторакомиопластике, 1-ребро полностью удаляется.

При 5 – реберном варианте в том же порядке производится резекция ребер, причем пятое ребро удаляется на протяжении 6 см. Пневмолиз сзади выполняется до VI межреберья, V, IV, III и II ребра фиксируются перевязыванием к VI, первое ребро также полностью удаляется.

При 6 – реберном варианте резецируются головки VI, V, IV, III и II ребер и перевязываются в виде «черепицы» к VII ребру, первое ребро резецируется.

При нашей модификации остеопластической торакомиопластики ребра мало травмируются и хорошо фиксируются с перевязыванием в виде «черепицы». Подшивание фиброзной каверны Z-образными швами создает стойкий коллапс в верхних долях легких.

Наш вариант остеопластической торакопластики выгодно отличается от других тем, что создает селективный коллапс 1-го, 2-го, частично 3-го и 6-го сегментов легких, мало травмируются ребра, создается хороший каркас и исключается флотацию грудной стенки. В условиях же коллапса, даже при отсутствии антибактериального лечения, нередко происходит стабилизация специфического процесса. Операция не вызывает видимой деформации грудной клетки, не приводит к остеомиелиту ребер, способствует снижению риска реактивации туберкулеза в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

Наш опыт применения остеопластической торакопластики у больных с распространенными деструктивными формами туберкулеза легких охватывает 84 пациента, прооперированных в легочно-хирургическом отделении НИЦФ. Все оперированные больные были бактериовыделителями, причём у 51 больных имелась множественная лекарственная устойчивость возбудителя, а у 23 из них – мультирезистентная. Течение операционного и послеоперационного периодов у 78 больных было без особых осложнений. У 6 больных сохранилась небольшая сухая остаточная полость. Один больной умер от прогрессирования процесса. В целом в ближайшем и отдаленном периоде (срок наблюдения от 6 мес. до 2 лет) полный клинический эффект отмечен у 90,5% больных, что для данного тяжелого контингента можно считать вполне удовлетворительным результатом.

Преимуществом остеоторакомиопластики являются малотравматичность, отсутствие видимой деформации грудной клетки, способствование

снижению риска реактивации туберкулеза, сокращения пребывания больного в стационаре до 30-35 к/д.

Экономия лекарственных препаратов и перевязочных материалов, отсутствие необходимости применения тугой давящей повязки в послеоперационном периоде.

Таким образом, примененная остеопластическая торакомиопластика снижает количество послеоперационных осложнений и повышает эффективность лечения у больных с нестабилизированным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, МЛУ-ТБ.

Литература

1. Андреевко А.А. Хирургическое лечение больных с запущенными формами деструктивного туберкулеза обеих легких: Автореф. дис. док. мед. наук. - Новосибирск, 1998г.
2. Белявский В.Е. Остеопластическая торакопластика в комплексном лечении больных деструктивным туберкулезом легких: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Новосибирск, 1982г.
3. Кравченко А.Ф. Новый метод «каскадной» торакопластики в хирургии деструктивного туберкулеза легких //Пробл. туб. и б-й легких, 2004. №4, С. 15-18.
4. Андреевко А.А. и соавт. Возможности остеопластической торакопластики в хирургии распространенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких //I Конгресс фтизиатров Казахстана, Алматы, 2004., С.223-224.
5. Кравченко А.Ф. // Пробл. туб. – 2002- №3.-С.30-31.
6. Воробьев А.А. Варианты торакомиопластических операций во фтизиохирургии: Метод. Рекомендации - М., 1989.

Surgical treatment of patients with fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis with multidrug-resistant mycobacterium tuberculosis

G.R. Gaipov, O.R. Razakov, K.T. Eastham,
B.K. Seyilkanov, R.R. Batirov.

The National Centre of Phthisiology MoH KR,
Bishkek, Kyrgyz Republic

In the department of TB pulmonary surgery were operated on 84 patients with fibrous-cavernous multidrug resistance pulmonary tuberculosis. Of these, 88% (74) patients were smear positive. The result was a comprehensive treatment reached 98.2% of the elimination of the cavity in the lung. A complete clinical response was observed in 90.5% of patients.

Key words: fibro-cavernous tuberculosis, lung surgery.

УДК: 616.24-002.5-017

**ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ И
ЦИТОКИНОВЫЙ БАЛАНС БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

*Китаев М.И., Дуденко Е.В., Сыдыкова С.,
Кожомкулов Дж., Мукапбаев К.М.,
Кожомкулов М.Д., Чонорова Ө.А.*

**Национальный центр фтизиатрии МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

*Представлены результаты изучения продукции
цитокинов и цитокинового баланса у 68 больных
разными формами туберкулеза.*

*Ключевые слова: Цитокины, цитокиновый
баланс, туберкулез.*

**КУРГАК УЧУК ООРУЛУУЛАРДЫН
ЦИТОКИНДЕРИНИН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ ЖАНА
ЦИТОКИНДЕРДИН ТЕҢ САЛМАКТУУЛУГУ**

**Фтизиатрия улуттук борбору ССМ КР,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы**

*Кургак учук оорусунун 68 ар кандай түрлөрү менен
ооругандардын цитокиндер өзгөчөлүгүн жана
цитокиндердин тең салмактуулугун аныктадык.*

*Негизги сөздөр: цитокиндер, цитокиндин тең
салмактуулугу, кургак учук.*

Актуальность. Цитокины – биологически активные гликопротеиды, синтезируются практически всеми активированными клетками организма. Система цитокинов (цитокиновая сеть) является регуляторной сетью медиаторов [1] и контролирует процессы реализации иммунной и воспалительной активности [2].

ИЛ-1 β (интерлейкин-1 β) продуцируется активированными макрофагами. Высокая концентрация этого провоспалительного цитокина связана с воспалительными процессами при инфицировании организма бактериями, вирусами и паразитарными инвазиями. ИЛ-1 β является ключевым индуктором острофазовых реакций.

ИЛ-6 продуцируется активированными Т-лимфоцитами и макрофагами. Регулирует иммунный ответ и острофазовые реакции, играет ключевую роль в развитии воспаления и иммунного ответа на инфекцию и травму. Ингибирует синтез таких провоспалительных цитокинов, как ИЛ-1 β и ФНО- α . Уровень провоспалительного цитокина ИЛ-6

повышается при любых воспалительных процессах.

ИЛ-8 продуцируется многими клетками (моноциты/макрофаги, Т-лимфоциты, нейтрофилы и др.). Это самый ранний провоспалительный цитокин, повышенный уровень концентрации ИЛ-8 наблюдается у больных с тяжелыми бактериальными поражениями (сепсис, хронические заболевания легких). Повышенное содержание ИЛ-8 при легочных заболеваниях коррелирует с тяжестью воспалительного процесса. Результаты измерения содержания ИЛ-8 могут быть использованы для контроля лечения и прогнозирования исхода заболевания.

ФНО- α (фактор некроза опухолей) является провоспалительным цитокином. Он синтезируется макрофагами и обладает цитотоксическим действием, иммуномодулирующим и провоспалительным эффектом.

Противовоспалительный цитокин ИЛ-4 синтезируется Т-хелперами второго типа. Ил-4 играет важную роль в развитии гиперчувствительности второго типа, тормозит образование антител, подавляет синтез провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИФН- γ).

ИЛ-10 является ключевым регулятором иммунного ответа. ИЛ-10 обладает противовоспалительным действием и его главная роль – это ингибирование избыточного синтеза провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α и других). Продукцию ИЛ-10 стимулируют ИЛ-4, ИЛ-6, ФНО- α). ИЛ-10 играет важную роль при многих болезнях, включая воспалительные процессы, сепсис. Этот цитокин защищает организм от гипертрофии и повреждения тканей, вызванных механизмами защиты от инфекций.

Многие органы (в том числе легкие, слизистая оболочка кишечника, печень) в норме находятся в состоянии «контролируемого воспаления», которое регулируется балансом провоспалительных и противовоспалительных цитокинов. При нарушении цитокинового баланса развивается состояние хронического воспаления [3].

Таким образом, система цитокинов играет важную роль в регуляции воспалительных процессов. Состояние цитокиновой сети и баланс (соотношение) цитокинов во многом определяет возможность заражения, а при развитии туберкулезной инфекции течение и исход заболевания [4].

Литературные данные об участии провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в иммунном ответе при различных формах туберкулеза малочисленны и противоречивы [5].

Целью исследования являлось изучение продукции и баланса провоспалительных ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α и противовоспалительных ИЛ-4, ИЛ-10 цитокинов при легочных и внелегочных формах туберкулеза до начала лечения.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования – контролируемое клиническое испытание. Внутренняя валидность результатов исследования оценивалась по уровню статистической значимости ($p < 0,05$) [6].

Материалом исследования являлась сыворотка венозной крови больных легочным и внелегочным туберкулезом при поступлении на лечение.

Проводилось определение количественного содержания провоспалительных цитокинов ФНО- α , ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-1 β и противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 с использованием твердофазного иммуноферментного анализа. В рамках данной работы проведено определение цитокинового баланса как соотношения суммы показателей провоспалительных цитокинов к сумме показателей противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β +ИЛ-6+ИЛ-8+ФНО- α /ИЛ-4+ИЛ-10).

Результаты и их обсуждение. Проведено исследование содержания провоспалительных ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 в сыворотке крови больных разными формами туберкулеза (туберкулез легких, туберкулез мочеполовой системы и костно-суставной туберкулез) до начала интенсивной химиотерапии.

У больных туберкулезом легких (ТБЛ) отмечено статистически значимое ($p < 0,05$) повышение уровня провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО- α . Однако, показатель ИЛ-1 β достоверно снижен относительно нормы. Наблюдалась значительная тенденция повышения содержания противовоспалительного цитокина ИЛ-10, но ИЛ-4 остался на уровне нормы. Кроме того, концентрация ИЛ-8 у больных ТБЛ достоверно выше по сравнению с уровнем этого цитокина в сыворотке крови больных ТБ МПС.

У больных костно-суставным туберкулезом (КСТ) при сопоставлении с результатами здоровых доноров (норма) выявлено статистически значимое повышение уровня провоспалительных ИЛ-6, ИЛ-8 и понижение ($p < 0,05$) противовоспалительного ИЛ-10. Концентрации ИЛ-1 β , ИЛ-4 и ФНО- α показали тенденцию к повышению. При сопоставлении КСТ с ТБЛ обнаружено превышение содержания ИЛ-6 ($p < 0,05$) у больных КСТ.

При туберкулезе мочеполовой системы (ТБ МПС) содержание провоспалительного цитокина ИЛ-8 статистически значимо превышало норму.

Таблица 1.

Концентрация цитокинов в сыворотке крови больных туберкулезом при поступлении на лечение (М \pm ш)

№ пп	Цитокины	ТБ МПС, пг/мл n=17	КСТ, пг/мл n=31	ТБЛ, пг/мл n=20	Здоровые доноры n=68
1.	ИЛ-1 β	0,15 \pm 0,01*	14,36 \pm 10,92	0,12 \pm 0,09*	2,00 \pm 0,25
2.	ИЛ-4	0	2,52 \pm 3,06	0,25 \pm 0,18	0,20 \pm 0,10
3.	ИЛ-6	10,84 \pm 6,37	42,50 \pm 13,75*	11,48 \pm 2,52**	2,00 \pm 0,26
4.	ИЛ-8	7,03 \pm 1,62*	47,04 \pm 10,83*	83,15 \pm 15,17**	2,00 \pm 0,26
5.	ИЛ-10	4,18 \pm 2,70	1,84 \pm 0,74*	19,15 \pm 19,79	5,00 \pm 0,79
6.	ФНО- α	2,07 \pm 1,26	9,02 \pm 8,91	1,68 \pm 0,33*	0,50 \pm 0,15

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверно по отношению к результату здоровых доноров

** - $p < 0,05$ достоверно по отношению к результату больных костно-суставным туберкулезом

* - $p < 0,05$ достоверно по отношению к результату больных мочеполовым туберкулезом

Кроме того, обнаружено увеличение концентраций ИЛ-6 и ФНО- α . Однако, уровень ИЛ-1 β у этих больных достоверно снижен. Относительно противовоспалительных цитокинов следует отметить, что уровень ИЛ-10 приблизительно соответствовал норме, а ИЛ-4 снижен до нуля. Результаты представлены в таблице 1.

Таким образом, до начала химиотерапии:

- Общие признаки цитокинового профиля больных разными формами туберкулеза:

1. Во всех трех группах больных туберкулезом отмечено статистически значимое повышение уровня ИЛ-8 относительно здоровых доноров. Кроме того, выявлена общая тенденция повышения уровня ИЛ-6, ФНО- α .

2. Не выявлено статистически значимых изменений продукции противовоспалительного цитокина ИЛ-4 относительно результата здоровых доноров, хотя у больных КСТ концентрация этого цитокина показала тенденцию повышения.

- Различия цитокинового профиля больных разными формами туберкулеза:

1. Уровень провоспалительного цитокина ИЛ-1 β в крови больных ТБ МПС и ТБЛ снижен относительно нормы ($p < 0,05$). Напротив, у больных КСТ концентрация этого цитокина проявила тенденцию повышения.

2. Содержание противовоспалительного ИЛ-10 у больных КСТ ($p < 0,05$) понижено относительно нормы. Однако у больных ТБ МПС ИЛ-10 остался приблизительно на уровне результата здоровых доноров, а у больных ТБЛ его уровень имел существенную тенденцию повышения.

Противовоспалительный ИЛ-4 проявил тенденцию к повышению только у больных КСТ.

3. У больных КСТ по отношению к ТБЛ достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня ИЛ-6.

4. У больных ТБЛ по отношению к ТБ МПС достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня ИЛ-8.

С целью обобщения результатов исследования и выявления общих тенденций продукции цитокинов при разных формах туберкулеза проведено вычисление цитокинового баланса как соотношения суммы показателей провоспалительных цитокинов к сумме показателей противовоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β +ИЛ-6+ИЛ-8+ФНО- α /ИЛ-4+ИЛ-10).

Результаты изучения цитокинового баланса (ЦБ) до начала лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2
Цитокиновый баланс больных разными формами туберкулеза при поступлении на лечение (M \pm m)

№	ТБ МПС, n=17	КСТ, n=31	ТБЛ, n=20	Здоровые доноры, n=68
1.	4,81 \pm 3,43	25,90 \pm 11,67*	4,97 \pm 0,91*	1,25 \pm 1,03

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверно по отношению к результату здоровых доноров

Величина цитокинового баланса у больных КСТ и ТБЛ статистически значимо превышает аналогичный показатель здоровых доноров. ЦБ у больных туберкулезом мочеполовой системы повышен относительно нормы, но это различие недостоверно ($p > 0,05$).

У больных КСТ величина ЦБ в 20,72 раза превышала показатель здоровых лиц, у больных ТБЛ в 3,98 раза и у группы ТБ МПС в 3,85 раза.

Таким образом, при КСТ смещение цитокинового баланса в сторону провоспалительных цитокинов значительно выше, чем у больных ТБ МПС (в 5,38 раза) и у больных ТБЛ (в 5,21 раза).

Выводы. На основании результатов наших исследований сделаны следующие основные выводы:

1. В сыворотке крови больных всеми формами туберкулеза до начала химиотерапии отмечаются высокие концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-8, ИЛ-6, ФНО- α .

2. Уровень противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 и ИЛ-10 при всех формах туберкулеза не показал значимого повышения. У больных КСТ до начала лечения концентрация ИЛ-10 статистически достоверно ($p < 0,05$) понижена относительно нормы.

3. При всех формах туберкулеза отмечено смещение цитокинового баланса в сторону провоспалительных цитокинов в результате общего повышения уровня провоспалительных цитокинов при практически неизменном или пониженном содержании

противовоспалительных цитокинов. Особенно эта тенденция значительна у больных костно-суставным туберкулезом (в 20,72 раза выше показателя здоровых лиц).

Литература

1. Маркелова Е.В. Патогенетическая роль нарушений в системе цитокинов при инфекционно – воспалительных заболеваниях /Е.В.Маркелова, А.В.Костюшко, В.Е.Красников// Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. - №3. - С.24-29.
2. Balkwill F. Cytokine cell biology/F.Balkwill.-Oxford universiti press.-Oxford.-2001.-272p.
3. Сёкачева М.И. Терапевтические возможности влияния на баланс цитокинов при заболеваниях кишечника и печени /М.И.Сёкачева, А.О.Буеверов//Русский медицинский журнал.- 2010.-№5.-С.40-42.
4. Хонина Н.А. Иммунокорректирующий эффект локорегиональной цитокинотерапии у больных туберкулезом легких /Н.А.Хонина, О.Ю.Леплина, С.Д.Никонов//Проблемы туберкулеза.-М.-2000.-№4.-С.21-23.
5. Хасанова Р.Р. Роль цитокинов в модуляции субпопуляционного состава лимфоцитов крови у больных туберкулезом легких /Р.Р.Хасанова, О.В.Воронкова, О.И.Уразова//Проблемы туберкулеза и болезней легких.-М.-2008.-№3.-С.31-35.
6. Доказательная медицинская практика: учебное пособие для студентов, клинических ординаторов, аспирантов и врачей /Под общей ред. проф. А.З.Зурдьюева и В.В.Власова.-Б.: Айат, 2008.-194с.

Production and balance of cytokines in patients with tuberculosis

M.I. Kitaev, E.V. Dudenko, S. Sidikova,
Dj. Kojomkulov, K.M. Mukanbaev,
M.D. Kojomkulov, O.A. Chonorova

National Center of phthysiology at MH KR,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

The article presents the results of an investigation of production and balance cytokines in 68 patients with tuberculosis.

Key words: cytokines, balance cytokines, tuberculosis.

УДК 614.1-002.5

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2001-2011 ГГ.

Мойдунова Н.К.

Национальный центр фтизиатрии при МЗ КР,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

В настоящее время, ситуация с внелегочными формами туберкулеза остается актуальной. Отмечается проблемы с доступностью квалифицированной диагностики внелегочного ТБ.

Ключевые слова: туберкулез, внелегочной туберкулез.

ӨПКӨДӨН СЫРТКАРКЫ ТУБЕРКУЛЕЗ ООРУСУНУН КӨРСӨТКҮЧҮ КЫРГЫЗ РЕПУБЛИКАСЫ 2001-2011 ж.

Фтизиатрия улуттук борбору ССМ КР,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Азыркы учурда өпкөдөн тышкары органдарынын кургак учугу өзгөчө актуалдуу болууда. Кургак учуктун өпкөдөн тышкары органдардын формаларын диагностикасын жакшыртты керек.

Негизги сөздөр: кургак учук, өпкөдөн тышкары органдарынын кургак учугу, плеврит.

Введение. Внелегочный туберкулез широко распространен, история его изучения достаточно длительна, однако в настоящее время многие зарубежные авторы склонны недооценивать эту проблему. Основная причина - тезис об «эпидемической неопасности» внелегочных форм, больные которые в меньшей степени опасны для окружающих. Своевременное распознавание внелегочного туберкулеза представляет сложную клиническую и организационную задачу, поскольку требует тесного взаимодействия врачей различных специальностей [1]. Вследствие этого значительное число случаев внелегочного туберкулеза своевременно не распознают или же они так и остаются не диагностированными. Поэтому данные официальной статистической отчетности о заболеваемости и распространенности различных форм внелегочного туберкулеза могут быть приняты только как минимальная оценка. По данным Новосибирского НИИ туберкулеза (14 территорий Сибири и Дальнего Востока), в 1999 г. заболеваемость внелегочным туберкулезом по Сибири составила 4,4 случая на 100

000 населения, оставаясь на прежнем уровне и в 2000 г. При этом, по мнению И.Г. Урсова (2000), почти половина заболевших пациентов умирает от прогрессирующего туберкулеза легких, а внелегочный туберкулез остается на его фоне недиагностированным. В Северо-Западном федеральном округе [6] при заболеваемости внелегочным туберкулезом в среднем 2,9 на 100 000 населения колебания показателя по отдельным областям составили от 0,9 (Мурманская обл.) до 5,2 (Республика Коми). В структуре клинических форм внелегочного туберкулеза по-прежнему преобладает мочеполовой туберкулез, но следует указать, что только больные с симптомами хронических заболеваний МПС проходят более или менее полное обследование на туберкулез.

Дефекты выявления приводят к тому, что туберкулез внелегочных локализаций в 60-80% случаях выявляют в запущенной стадии, что требует длительного и сложного лечения, в основном хирургического, которое, в 60,0% случаев является органуносящим [4]. Поэтому, несмотря на относительно стабильные эпидемиологические показатели, с 1999 по 2003 гг. показатель заболеваемости снизился на 13,5% и составил 3,2 на 100000 населения [11], состояние выявления внелегочного туберкулеза нельзя признать удовлетворительным.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики заболеваемости и частоты поражения туберкулезом легких и различных других органов по данным госпитальной статистики.

Материал и методы. Материалом исследования явились сведения по заболеваемости легочным и внелегочным туберкулезом по данным организационно - методического отдела Национального Центра Фтизиатрии с 2001 по 2011 гг.

Результаты исследования. По данным Республиканского центра информации и статистики НЦФ, показатели заболеваемости, как легочными так и внелегочными формами туберкулеза остаются стабильными, на фоне незначительного снижения за период с 2001 по настоящее время (рис. 1). По литературным данным туберкулез внелегочных локализаций в России составляет 10-12 %, а в Западной Сибири - 4,8 %, в Москве заболеваемость внелегочным туберкулезом достигает 1,6 на 100 000 населения и ожидается ее дальнейший рост [2,8]. В Кыргызской Республике прироста, как отмечалось выше, не наблюдается. Показатели заболеваемости за последние 6 лет, начиная с 2005 года, колеблются в пределах 30 случаев на 100 000 населения. При анализе структуры внелегочных форм ТБ обнаружено, что среди внелегочных форм туберкулеза в Кыргызской

Республики лидирующее положение занимают экссудативные плевриты (табл. 1).

локализацию туберкулезного процесса в брюшной полости редкой [1,2].



Так заболеваемость плевритами ТБ этиологии составила от 612 в 2001 до 826 в 2007, когда наблюдался пик заболеваемости. В 2011 году составило 659 случаев.

Таблица 1.

Структура клинических форм туберкулеза внелегочной локализации за 2001-2011 гг.

Год	Всего	ТБ ЦНС*	ТБ костей и суставов	ТБ МНО*	ТБ глаза	ТБ Плеврит	ТБ ВГЛУ*	ТБ других органов
2001	2312	51	131	45	-	612	1181	292
2002	2511	44	189	62	2	657	1302	255
2003	2152	46	167	47	1	798	885	208
2004	1880	39	155	53	-	710	766	157
2005	1805	31	155	46	-	738	676	159
2006	1758	20	179	54	-	760	564	180
2007	1749	25	145	37	-	826	556	159
2008	1585	27	169	39	-	692	529	129
2009	1558	39	180	30	-	717	441	151
2010	1635	39	191	24	-	757	458	166
2011	1537	37	213	36	-	659	439	153

*расшифровку аббревиатур см. в тексте.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) в структуре внелегочных форм ТБ находится на втором месте за весь период наблюдения, за исключением первых трех лет наблюдения. Резкое снижение доли ВГЛУ с 2003 года связано с пересмотром критериев диагностики данного заболевания в 2002 году (Аналитическая справка НЦФ, 2002). На третьем месте туберкулез костей и суставов-213. Туберкулезу других органов, куда входит абдоминальный туберкулез (кишечника, брюшины, мезентеральных лимфоузлов)-153 случая

Доля больных туберкулезом органов брюшной полости составляет 6%, что не позволяет считать

За последнее пятилетие среди впервые выявленных больных внелегочным туберкулезом увеличилась доля (45%) пациентов с мультифокальной локализацией процесса, включая и поражения органов брюшной полости, отмечен рост до 60% его распространенных деструктивных форм [3].

Так по данным ряда авторов отмечается увеличение числа больных туберкулезом легких с сочетанным поражением других органов и систем [3], что диктует необходимость своевременного выявления внелегочного туберкулеза, так как на фоне манифестных симптомов поражения бронхолегочной системы внелегочный туберкулез нередко остается не диагностированным. В Кыргызской Республике сбор и анализ подобных данных должен осуществляться более системно.

Заключение. Так, в Кыргызской Республике отмечается стабилизация заболеваемости внелегочными формами ТБ с незначительной тенденцией к снижению.

Однако несмотря на стабильность структуры регистрируемого туберкулеза внелегочных локализаций в целом, в 2001-2011 гг. отмечены существенные различия в частоте регистрации, его различных форм и локализаций в Кыргызской республике, причем имели место резкие различия в доле и абсолютном числе больных, возможно связанные с проблемами доступности квалифицированной диагностической помощи и отсутствием системного подхода.

Литература

1. Васильев, А.В. Современные проблемы туберкулеза в регионе Северо-Запада России / А.В. Васильев // Пробл. туберкулеза. 1999. - №3. - С. 5-7.
2. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / под ред. А.В. Васильева.- СПб.: ИКФ «Фоллиант», 2000. с. 316.
3. Гарбуз, А.Е. Современные практические и научные вопросы внелегочного туберкулеза / А.Е. Гарбуз // Внелегочный

туберкулез — актуальная проблема здравоохранения: Сб. тр. Всеросс. научно-практ. конфер — СПб., 1997 — С.11-13.

4. Гарбуз, А.Е. Современное состояние проблемы по внелегочному туберкулезу / А.Е. Гарбуз // Пробл. туберкулеза. 1998. - №2. - С. 32-34.
5. Грашенкова, О.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в регионе Северо-запада России / О.В. Грашенкова, А.Н. Гришко, В.Б. Галкин // Туберкулез в Северо-Западном регионе России: современные проблемы. — СПб., 2001. — С.7-10.
6. Левашев, Ю.Н. Внелегочный туберкулез / Ю.Н. Левашев, А.Е. Гарбуз // Пробл. туберкулеза - 2001. - № 4. - С.4-6.
7. Левашев, Ю.Н. Туберкулез в Северо-Западном федеральном округе / Ю.Н. Левашев, А.В. Шеремет, А.Н. Гришко // Пробл. туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 11. - С.3-6.
8. Левашев, Ю.Н. Внелегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность / Ю.Н. Левашев, А.Ю. Мушкин, А.Н. Гришко // Пробл. туберкулеза и болезней легких. - 2006. - № 4. - С.3-6.
9. Шилова, М.В. Туберкулез в России в 2007 году / М.В. Шилова. М., 2008. - 152 с.

Dynamics of incidence extrapulmonary TB at Kyrgyz Republic in 2001-2011.

N.K. Moidunova

National Center of phthiisology at MH KR,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Currently, a situation with extra pulmonary tuberculosis still remains concerning. An improvement of access to classified diagnosis of extra-pulmonary TB should be achieved.

Keywords: tuberculosis, extra-pulmonary tuberculosis.

УДК616. 24 – 002.5: 616. 4

ХИМИОТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Турдумамбетова Г.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра фтизиатрии,
г. Бишкек, Кыргызская республика

У больных туберкулезом легких (ТБЛ) (контрольная группа – 85 человек) нормализация клинических ($p > 0,05$), микробиологических ($p < 0,01$), рентгенологических ($p < 0,001$) показателей на фоне химиотерапии происходила более быстрыми темпами, чем у больных страдающих ТБЛ и сахарным диабетом (СД) (основная группа – 103 человек).

Ключевые слова: туберкулез, сахарный диабет, химиотерапия.

ХИМИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ӨПКӨНҮН КУРГАК УЧУКТА КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО

И.К. Ахунбаевтын атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
фтизиатрия кафедрасы,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Изилдөө контролдук (85 өпкөнүн кургак учуздун кант диабетсиз оорусу) группасын ооруларда клиникалык нормализациялоо ($p > 0,05$), микробиологиялык ($p < 0,01$), рентгенологиялык ($p < 0,001$) көрсөткүчтөр дарылоо фондуна негизги группасын (103 өпкөнүн кургак учуздун кант диабетти менен айкалышкан ооруну) ооруларга салыштырмалуу тез жүрөндүгүн көрсөттү.

Негизги сөздөр: кургак учук, кант диабетти, химиялык жол менен дарылоо.

Несмотря на стабилизацию и снижению основных эпидемиологических показателей, ситуация по туберкулезу в Кыргызской республике, остается напряженной. За последние 15 лет показатель заболеваемости туберкулезом среди населения республики увеличился с 59,5 человек на 100 тысяч человек, достигнув максимальных цифр к 2001 году – 127,3. Одной из весомых причин, затрудняющих выявление и лечение туберкулеза в настоящее время, является сочетание туберкулезного процесса с другими заболеваниями. Одним из наиболее актуальных и серьезных проблем является сочетание туберкулеза и сахарного диабета. СД считается «тенью туберкулеза». На фоне СД в 4-11 раз чаще развивается туберкулезный

процесс. Больные СД отнесены в группу лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Туберкулез, в свою очередь, способствует декомпенсации СД [1, 2, 5, 6].

В 2011 году, в мире насчитывалось 366 млн. больных СД, к 2030 году, по прогнозам Международной диабетической федерации (IDF), их число возрастет до 522 млн. человек. В развитых европейских странах, распространенность СД составляет 3–10 % в общей популяции, а среди лиц с факторами риска и у пожилых - достигает 30 % общей численности населения. У более 10-12% населения развитых стран определяется нарушение толерантности к глюкозе. СД с его осложнениями вышел на 3-е место в мире среди причин смертности. Это заболевание справедливо называют грозной лавиной, надвигающейся на человечество. Каждые 20 минут в США регистрируется новый случай заболевания СД, а в Европе — каждые сорок минут. В Российской Федерации, по данным Государственного регистра на 01.01.2011 г. зарегистрировано 3357007 больных СД [2, 5, 7].

В КР, начиная с 2000 года, отмечается непрерывный рост числа впервые выявленных больных СД. По данным Республиканского медико-информационного центра, на 31.12.2000 года в КР среди взрослого населения было зарегистрировано 19394 больных СД. В 2011 году – больных СД зарегистрировано уже 37058 человек [3].

Тем не менее, истинная распространенность СД значительно выше, так как методы выявления и регистрации нарушений углеводного обмена весьма не совершенны, а пограничные состояния, в том числе нарушение толерантности к глюкозе, обычно

не учитываются статистикой [6].

Современные методы терапии и СД в отдельности довольно эффективны. Однако при сочетанном заболевании результаты лечения оставляют желать лучшего. Актуальность проблемы сочетания двух указанных заболеваний может стать еще более острой, учитывая современные тенденции в мировой эпидемиологии туберкулеза: распространение множественной лекарственной устойчивости и ВИЧ-инфицированных лиц.

В нашем исследовании, всем больным, как основной, так и контрольной наблюдаемых групп, в стационаре Национального центра фтизиатрии, проведена химиотерапия по первой категории в соответствии с рекомендациями ВОЗ. На первом (интенсивном) этапе больные в течение 2-3 месяцев принимали одновременно изониазид, рифампицин, пирразинамид, этамбутол или стрептомицин. На протяжении второго этапа лечения, длившегося 4-6 месяцев, больные получали изониазид и рифампицин ежедневно или в интермиттирующем режиме в амбулаторных условиях.

В основной группе на фоне лечения клинические симптомы заболевания к концу интенсивной фазы лечения, а также к концу полного курса лечения исчезли у 85 больных (86,7%).

К концу интенсивной фазы конверсия мазка мокроты среди бактериовыделителей через 2 месяца достигнута у 51 больного (65,4%), через 3 месяца – ещё у 15 (19,2%). Всего к концу интенсивной фазы прекращение бактериовыделения методом простой микроскопии мокроты было зарегистрировано у 66 больных (84,6%). К концу второго этапа лечения отрицательные мазки мокроты сохранились только у

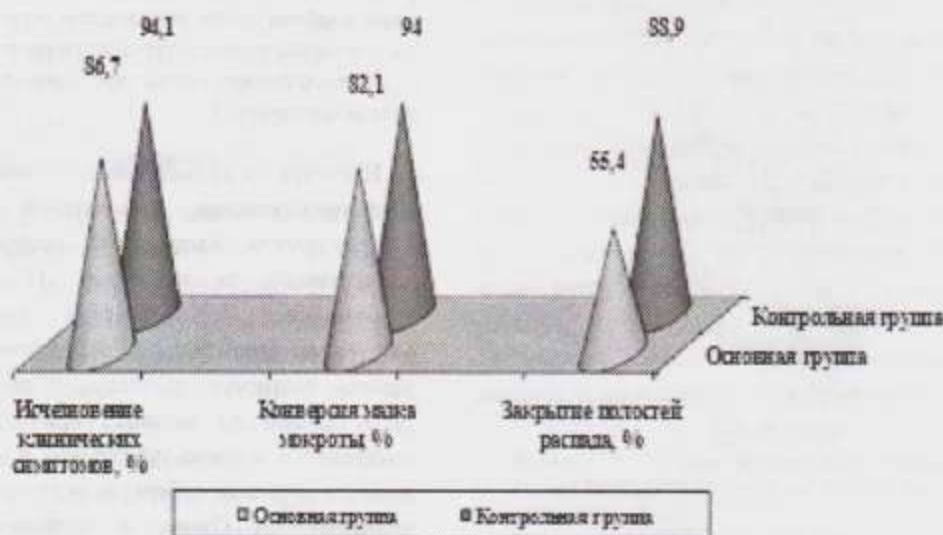


Рис. 1. Сравнительные результаты лечения больных основной и контрольной групп

64 больных (82,1% от числа бактериовыделителей).

У 2 больных (1,9%) на момент начала лечения деструкция легочной ткани не определялась. Всего полости распада на рентгенограммах были выявлены у 101 больного. На фоне лечения закрытия полостей распада в легочной ткани к моменту завершения интенсивной фазы лечения не наблюдалось. Однако при завершении всего курса лечения полости распада закрылись у 58 больных, что составило 57,4%. Положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения размеров каверн и полостей распада, а также рассасывания перифокальной инфильтрации, рассасывания и уплотнения очагов бронхогенной диссеминации к концу курса лечения отмечалась в 22 случаях (21,8%).

Контрольные рентгенологические снимки были без перемен – у 9 больных (8,9%). Отрицательная рентгенологическая динамика в виде увеличения размеров полостей распада и каверн, нарастания инфильтрации к концу курса химиотерапии регистрировалась у 12 человек (11,9%). Необходимо отметить, что у этих больных были тяжелые распространенные деструктивные формы туберкулеза, значительной эффективности контролируемой специфической терапии не отмечалось, вследствие чего нельзя было исключить у них наличие множественную лекарственную устойчивость. Как было указано выше, впоследствии множественная лекарственная устойчивость была подтверждена бактериологическим методом, у 15 человек (14,6%) от общего числа больных.

Среди больных контрольной группы на фоне лечения клинические симптомы заболевания через 2-3 месяца (к концу интенсивной фазы), а также к концу 6-го месяца лечения (к концу всего курса лечения) исчезли в 80 случаях (80,0%).

Конверсия мазка мокроты среди 67 больных с положительными результатами бактериоскопии мокроты до начала лечения (78,8% от общей численности пациентов контрольной группы) через 2 месяца лечения наступила у 56 человек (83,6%), через 3 месяца – ещё у 7 человек (10,4%). Таким образом, всего к концу интенсивной фазы лечения прекращение бактериовыделения методом простой микроскопии мокроты было зарегистрировано у 63 больных (94,0%). К концу второго этапа лечения отрицательные мазки мокроты сохранились только у 4 больных (6,0% от числа бактериовыделителей). Закрытие полостей распада к концу интенсивной фазы лечения отмечалось у 18 (22,2%) больных контрольной группы, к концу лечения – у 72 больных (88,9%). Мы видим, что результаты лечения у больных контрольной группы оказались лучше, и процент прекращения бактериовыделения был выше, чем у больных с сочетанием туберкулезного процесса с СД ($p < 0,05$). Сравнительные результаты лечения больных основной и контрольной групп представлены на рис. 1.

Как видно на рис. 1, у больных контрольной группы нормализация клинических ($p > 0,05$), микробиологических ($p < 0,01$), рентгенологических ($p < 0,001$) показателей на фоне лечения происходила более быстрыми темпами, чем у больных основной группы, страдающих туберкулезом в сочетании с СД.

Благоприятные исходы лечения наблюдались у 80 больных (77,7%): из них «вылечен» – у 79 пациента (76,7%), «лечение завершено» – у 1 пациента (1,0%). Неблагоприятные исходы лечения – у 23 больных (22,3%): из них «неудача лечения» (обнаруживалось бактериовыделение методом простой микроскопии на пятом месяце лечения и позже) – у 14 пациентов (13,6%), умерли 7 пациентов (6,8%). Двое больных



Рис. 2. Сравнительный анализ исходов лечения больных основной и контрольной групп

(1,9%) прервали лечение на поддерживающей фазе.

У больных контрольной группы благоприятные исходы лечения наблюдались в 78 случаях (91,8%): «вылечен» – у 74 больных (87,1%), «лечение завершено» – у 4 больных (4,7%); неблагоприятные исходы – в 7 случаях (8,2%): «неудача лечения» – у 4 больных (4,7%), прервали лечение на поддерживающей фазе 3 больных (3,5%).

Сравнительный анализ исходов лечения больных обеих групп представлен на рис. 2.

Как видно на рис. 2, удельный вес благоприятных исходов оказался значительно выше у больных контрольной группы по сравнению с больными основной группы, страдающих сочетанной патологией ($p < 0,01$).

Таким образом, мы видим, что нормализация клинических, микробиологических, рентгенологических показателей у больных основной группы происходила медленнее, чем у больных контрольной группы. Исходы лечения и результаты отдаленного наблюдения за больными с впервые выявленным туберкулезом легких в сочетании с СД, также оказались хуже, чем у больных, страдающих впервые выявленным туберкулезом легких без каких-либо сопутствующих заболеваний. Следовательно, наличие отягощающее влияние СД на течение туберкулезного процесса.

Литература:

1. Аксенова, В.А. Туберкулез у детей и подростков / В.А. Аксенова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 270 с.
2. Делов, И.И. Эндокринология / И.И. Делов, Г.А. Мельниченко, В.В. Фадеев. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 432 с.
3. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 г.: Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. – Б.: Азия Технографика, 2011. – 319 с.

4. Молдобаева, М.С. Клиническое руководство по диагностике и лечению сахарного диабета 2 типа на первичном уровне здравоохранения / М.С. Молдобаева. – Бишкек, 2010. – 90 с.
5. Эффективность интенсивного этапа химиотерапии у больных впервые выявленным туберкулезом легких и сахарным диабетом / [Н.А. Черных, М.А. Карачунский, Т.О. Каминская, Ю.Е. Коссий] // Проблемы туберкулеза. – 2004. – № 3. – С. 30 – 32.
6. Эпидемиологические особенности сочетания сахарного диабета и туберкулеза легких / [И.А. Мамаев, А.М. Мусаева, С.А. Абусуев и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2008. – № 5. – С. 23 – 29.
7. http://www.butgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NEW201106101220

Chemotherapy of respiratory tuberculosis in Diabetes Mellitus Patients

G.K.Turdumambetova

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek city, Kyrgyz Republic.

Chemotherapy of 103 patients with combination of pulmonary tuberculosis (PTB) and diabetes mellitus (DM) (the main group) and 85 patients PTB without DM (the control group) Examinations detected, that in control group patients clinical ($p > 0,05$), X-ray symptoms of TB ($p < 0,001$), elimination of *Micobacterium TB* ($p < 0,01$) disappeared faster, then in patients of main group

Key words: pulmonary tuberculosis, diabetes mellitus, chemotherapy



ТЕРАПИЯ

**ВЛИЯНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ
И АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ДИНАМИКУ
ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ И
ПОТРЕБНОСТЬ В ГОСПИТАЛИЗАЦИЯХ**

*Мураталиев Т.М., Неклюдова Ю.Н., Звенцова В.К.,
Окунова А.А.*

**Национальный центр кардиологии и терапии
имени академика Мирсаида Миррахимова,
г. Бишкек, Кыргызская Республика**

Резюме. В статье представлены результаты влияния терапевтического обучения и амбулаторного наблюдения пациентов с ХСН на динамику показателей Эхо-КГ и потребность в госпитализациях. Проведение образовательной программы в течение 12 месяцев приводит к улучшению эхокардиографических показателей и снижает потребность в повторных госпитализациях по поводу декомпенсации ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, обучение, госпитализации

**ӨНӨКӨТ ЖҮРӨКТҮН АЛСЫЗДЫГЫ* БАР
БЕЙТАПТАРДЫ ТЕРАПЕВТИК ОКУТУУДА
ЖАНА АМБУРАТОРДУК БАЙКООДО
ЭХОКАРДИОГРАФИЯНЫН ДИНАМИКАЛЫК
КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ТААСИР ЭТИШИ
ЖАНА ОРУКАНАГА ЖАТКЫЗУУ
МУКТАЖДЫГЫ.**

**Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары,
Академик Мирсаид Миррахимов атындагы
Улуттук кардиология жана терапия борбору**

Кортунду. Макалада өнөкөт жүрөктүн алсыздыгы бар бейтаптарды терапевтик окутууда жана амбулатордук байкоодо Эхо-КГ динамикалык көрсөткүчтөрүнүн таасир этиши жана оруканага жаткызуу муктаждыгынын натыйжалары көрсөтүлгөн. 12 ай ичинде окутуу программаларын жүргүзүү эхокардиографиялык көрсөткүчтөрүн жакшыртууга алып келет жана ӨЖА өрчүү кесепетинен кайрадан орукана жаткызуу зарылдыгы азайат.

Негизги сөздөр: өнөкөт жүрөктүн алсыздыгы, окутуу, оруканага жаткызуу.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из наиболее значимых проблем современного здравоохранения из-за высокой распространенности, неблагоприятного прогноза и высоких затрат на лечение. По данным национальных регистров европейских стран и ряда эпидемиологических исследований распространенность ХСН среди взрослого населения достигает 2-5% [6]. Оптимизация лечения больных с ХСН по-прежнему остается серьезной проблемой. Несмотря на появление медикаментозных препаратов, позволяющих улучшить качество жизни и прогноз пациентов, в последние годы отмечается рост частоты госпитализаций (в США 1 106 000 случаев ежегодно, что на 20% больше, чем в 1996г), а также значительно растут расходы на оказание медицинской помощи больным с ХСН (39,2 млрд. долл. США в 2010 г.) [3]. Частота ранних повторных госпитализаций по поводу дестабилизаций ХСН, достаточно высока и составляет около 20% на протяжении 30 дней после выписки и 50% на протяжении 6 месяцев [2], а расходы на повторную госпитализацию составляют 41% от всех расходов на госпитализацию, что подчеркивает важность этой проблемы [1]. По данным исследований, проведенных в ряде стран, использование специализированных программ обучения и амбулаторного ведения пациентов с ХСН является достаточно эффективным методом, позволяющим улучшить качество лечения данной патологии [4, 5, 7].

Цель исследования: изучить влияние обучения навыкам самоконтроля, самопомощи и амбулаторного наблюдения пациентов с ХСН на динамику показателей эхокардиографии (Эхо-КГ) и потребность в госпитализациях.

Материал и методы.

В исследование были включены 189 пациентов ХСН ишемической этиологии. Критериями включения явились: пациенты с клиническими проявлениями ХСН II-IV функционального классов (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) в возрасте 45-75 лет, стабильная базовая терапия ХСН ингибиторами ангиотензин-превращающегося фермента, диуретиками, бета-адреноблокаторами и/или сердечными гликозидами. В исследование не включались пациенты с наличием психических и интеллектуальных нарушений, тяжелых сопутствующих заболеваний, которые в течение периода наблюдения могли повлиять на

клинические показатели, риск госпитализации и летальность пациента. После исходного обследования больные были рандомизированы на две сопоставимые по демографическим характеристикам и тяжести ХСН группы. I группа (вмешательства, 92 чел.) – больные, которые проходили курс структурированного обучения по образовательной программе, II группа (контрольная, 97 чел.), которым обучение не проводилось.

Обучение пациентов I группы во время пребывания в стационаре включало индивидуальные структурированные занятия, касающиеся общей информации о ХСН, причинах ее возникновения и прогрессирования, основных симптомов заболевания, принципов самоконтроля, самопомощи, диеты и медикаментозной терапии ХСН.

После выписки из стационара больные группы вмешательства регулярно связывались по телефону с врачом для контроля состояния и обсуждения возникших проблем в отношении здоровья, и при необходимости приглашались на дополнительный визит. В течение первых 6 месяцев больные I группы 1 раз в месяц посещали клинику для объективной оценки состояния. Пациенты контрольной группы перед выпиской получали от врачей рекомендации, после чего велись в условиях обычного амбулаторного наблюдения семейным врачом и/или кардиологом. Период наблюдения составил 12 месяцев.

В начале и в конце исследования объективные показатели ремоделирования ЛЖ оценивали по результатам Эхо-КГ. В качестве важнейшего гемодинамического параметра анализировалась фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), определяемая по Симпсону и его линейные размеры: конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ, а также размер левого предсердия (ЛП).

Для оценки достоверности различий показателей использовали методы вариационной статистики с применением стандартных статистических программ EXCEL 5.0, STATISTICA 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение. Демографические и клинические характеристики пациентов, рандомизированных в группу вмешательства и контрольную группу, достоверно не различались (табл. 1).

Из 189 человек 12-месячное исследование завершили 95,2% больных, и конечный анализ включал данные 180 пациентов.

Динамика гемодинамических показателей. Среди больных ХСН, включенных в исследование – 118 (65,6%) имели нарушение систолической функции ЛЖ (ФВ $34,1 \pm 6,5\%$) и у 62 (34,4%)

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

Показатели	Группы больных	
	I (n=92)	II (n=97)
Возраст, годы	62,5±8,6	63,7±10,7
Мужчины, n (%)	64 (69,6%)	65 (67,0%)
Женщины, n (%)	28 (30,4%)	32(33,0%)
Длительность ХСН, годы	3,1±1,78	3,0±1,4
ФК (NYHA):		
II, n (%)	15 (16,3%)	16 (16,5%)
III, n (%)	60 (65,2%)	63(64,9%)
IV, n (%)	17 (18,5%)	18 (18,5%)
Артериальное давление		
САД, мм рт. ст.	134,8±14,6	132,4±12,8
ДАД, мм рт. ст.	89,1±10,9	89,7±9,5
ЧСС, уд/мин	73,1±9,8	73,9±11,4
ЭКГ, ритм		
синусовый, n (%)	79 (85,9%)	75 (77,3%)
мерцательная аритмия, n (%)	18 (19,6%)	17 (17,5%)
ИМТ, кг/м ²	28,6±5,1	27,8±5,9

Примечание: ФК – функциональный класс, САД – систолическое артериальное давление, ДАД - диастолическое артериальное давление, ЧСС - частота сердечных сокращений, ИМТ – индекс массы тела.

пациентов систолическая функция ЛЖ была сохранена (ФВ $53,1 \pm 6,1\%$). Средняя ФВ всех обследованных составила $44,1 \pm 10,9\%$, ЛП - $4,1 \pm 0,6$ см, КДР ЛЖ $6,1 \pm 0,6$ см, КСР ЛЖ $4,8 \pm 0,7$ см. Базовые Эхо-КГ параметры обеих группах были статистически сопоставимы (табл. 2).

Таблица 2

Динамика основных эхокардиографических показателей

Показатели	I группа (n=89)		II группа (n=91)	
	исходно	через 12 месяцев	исходно	через 12 месяцев
ЛП, см	4,2±0,3	4,1±0,2	4,0±0,9	4,2±0,6*
КДР ЛЖ, см	6,2±0,7	5,6±0,3**	6,0±0,5	6,2±0,8
КСР ЛЖ, см	4,8±0,5	4,3±0,5**	4,7±0,9	4,9±0,4*
ФВ ЛЖ, %	44,6±9,1	46,4±6,4*	43,6±12,7	42,0±5,9*

Примечание: ЛП – левое предсердие, КДР – конечно-диастолический размер, КСР – конечно-систолический размер, ФВ – фракция выброса, ЛЖ – левый желудочек, *p<0,05; **p<0,01 - достоверные различия с исходными данными.

На основании комплексного анализа измеряемых и расчетных показателей через 12 месяцев получены следующие результаты. Основной гемодинамический параметр – ФВ, к концу исследования достоверно изменился у больных группы вмешательства, прирост значения ФВ по

сравнению с исходным уровнем составил 4,0% ($p < 0,05$), в то время, как в группе контроля ФВ снизилась от исходной на 3,6% ($p < 0,05$). Использование интенсивного комплексного ведения больных I группы привело и к лучшим изменениям других параметров внутрисердечной гемодинамики. Как видно из рис. 1 в I группе уменьшились размеры ЛП на 2,4% ($p > 0,05$), КДР ЛЖ на 9,6% ($p < 0,01$), КСР ЛЖ на 10,4% ($p < 0,01$).

В группе больных, не прошедших обучение, анализ изменений указанных выше параметров выявил их ухудшение по сравнению с исходными данными, что является неблагоприятной динамикой, так как отражает прогрессирование сердечной недостаточности (рис. 1).

Таким образом, наши результаты демонстрируют, что структурированное терапевтическое обучение с последующим амбулаторным мониторингом у пациентов с ХСН оказывает благоприятное влияние на внутрисердечную гемодинамику, увеличивая ФВ ЛЖ и уменьшая его линейные показатели.

Влияние обучения на частоту госпитализаций и летальность у больных с ХСН. Одним из наиболее важных показателей эффективности проводимого лечения является частота повторных госпитализаций. При анализе всех госпитализаций, которые имели место в течение 1 года, нами было зарегистрировано 99 случаев повторной госпитализации у 62 (34,4%) из 180 человек. 38 (61,2%) пациентов повторно госпитализировались 1 раз в год; 15 (24,1%) – 2 раза в год; 9 (14,5%) – 3 раза в год и 1 (1,6%) – 4 раза в год.



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Рис. 1. Динамика показателей Эхо-КТ (% изменения по сравнению с фоновыми данными)

Несмотря на увеличение кратности госпитализаций, доля госпитализаций по причине ухудшения ХСН практически не изменилась: 31,5%; 33,3%; 33,3%.

Анализ повторных госпитализаций показал (табл. 3), что в I группе число больных

госпитализованных повторно в течение 12 месяцев наблюдения было достоверно меньше (20 против 42, $p < 0,001$).

При изучении причин регоспитализаций было отмечено, что в I группе больные значительно реже поступали в стационар по поводу прогрессирования ХСН ($p < 0,001$). Число госпитализаций по поводу острого коронарного синдрома и нарушений ритма сердца в группах достоверно не различалось.

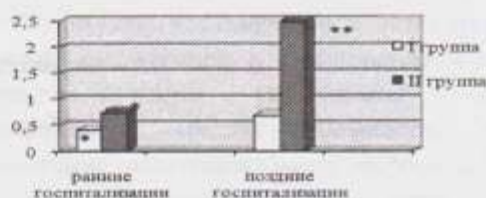
Причины регоспитализаций у больных ХСН

Признак	I группа n=20		II группа n=42		P
	n	%	n	%	
Декомпенсация ХСН	5	25,0	15	35,7	<0,001
Острый коронарный синдром	10	50,0	22	52,3	ид
Нарушения ритма сердца	2	10,0	3	7,3	ид
Другие	3	15,0	2	4,7	<0,001

Различия между группами в частоте повторных госпитализаций по поводу других причин достигали статистической значимости ($p < 0,001$).

Частоту госпитализаций в исследуемых группах мы оценили по двум периодам: первые 3 месяца после выписки из стационара (ранние госпитализации) и последующие 9 месяцев (поздние госпитализации), рис.2.

Как видно из рисунка, больные II группы чаще повторно госпитализировались как в ранние ($p < 0,01$), так и в поздние ($p < 0,001$) сроки по причине декомпенсации ХСН, чем больные, прошедшие обучение.



* $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Рис. 2. Частота госпитализаций по причине декомпенсации ХСН

У пациентов с регоспитализациями ФВ ЛЖ была ниже (33,7%), чем у пациентов, которым в течение года после выписки повторное стационарное

лечение не потребовалось (54,8%, $p < 0,01$). Доля пациентов с низкой ФВ ЛЖ (<45%) в группе повторных госпитализаций была в 2 раза больше ($p < 0,001$). Увеличение риска повторных госпитализаций было ассоциировано с более тяжелым течением ХСН: у больных с IV ФК, систолической дисфункцией ЛЖ и пациентов не прошедших обучение.

За период наблюдения по различным причинам умерло 6 (6,25%) больных в контрольной группе и 3 (3,4%) больных в группе вмешательства. У 4 больных контрольной группы причиной смерти послужила прогрессирующая сердечная недостаточность, у 1 – развился фатальный инфаркт миокарда и 1 пациент внезапно скончался дома. В группе вмешательства от прогрессирования ХСН скончался 1 больной и у 2 других причина смерти была неизвестна.

Таким образом, исследование показало, что прогноз больных с ХСН остается неблагоприятным. После выписки из стационара каждый третий больной с ХСН нуждается в повторной госпитализации в течение одного года, каждый седьмой из них госпитализируется многократно. Больные с повторными госпитализациями имеют более тяжелое течение ХСН и значительно чаще госпитализируются в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности. Пациенты, прошедшие обучение достоверно реже госпитализируются по поводу декомпенсации ХСН и процент летальности у них ниже, по сравнению с пациентами контрольной группы.

Литература

1. Cline C., Broms K., Willenheimer R. et al. Hospitalization and health care costs due to congestive heart failure in the elderly. *American J. of Geriatric Cardiology* 1996; 5: 10-23.
2. Gwady-Sridhar F.H., Flintoft V., Lee D.S. et al. (2004) Systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch. Intern. Med* 2004; 164(21): 2315-2320.

3. Heart Stroke and Disease Statistics. Update 2010. Доступно на http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1265665152970DS-3241%20HeartStrokeUpdate_2010.pdf.
4. Huffman M. Health coaching: a new and exciting technique to enhance patient self-management and improve outcomes. *Home Health Nurse* 2007; 25 (6): 398.
5. Lori A Savard, David R Thompson, Alexander M Clark. A meta-review of evidence on heart failure disease management programs: the challenges of describing and synthesizing evidence on complex interventions. *Trials*. 2011, 12: 194 doi:10.1186/1745-6215-12-194. The electronic version of this article is the complete one and can be found online at: <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/194>.
6. Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007; 93:1137-1146.
7. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmers for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *Eur Heart J* 2006; 27: 596-612.

THERAPEUTIC EFFECTS EDUCATION AND OUTPATIENT MONITORING OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE ON DYNAMICS OF INDICATORS OF ECHOCARDIOGRAPHY AND THE NEED FOR HOSPITALIZATION

T.M. Murataliev, J.N. Neklyudova, V.K. Zventsova, A.A. Okunova

National Center of Cardiology and Therapy named after Academician Mirsaid Mirrahimov, Bishkek, Kyrgystan.

The paper presents the results of the effect of training and therapeutic care and treatment of patients with heart failure on dynamics of echocardiography and the need for hospitalization. Education programs for 12 months resulting in improved echocardiographic parameters and reduces the need for re-hospitalization for heart failure decompensation.

Key words: chronic heart failure, education, hospitalization



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТИМУСА И КЛЕТОК ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У КРЫС ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ АКОНИТИНА И ЛАППАКОНИТИНА В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ.

Кадыралиев Т.К., Жуманазарова А.З., Хабибулина А.Р.,
Райымбеков Ж.К., Райымбеков Н.К.

Межотраслевой учебно-научный центр при
КГМА

Резюме. В статье представлены результаты исследования состояния тимуса и клеток периферической крови при воздействии аконитина и лаппаконитина в условиях низкогорья.

Ключевые слова: тимус, клетки периферической крови, аконитин, лаппаконитин, условия низкогорья.

АКОНИТИН ЖАНА ЛАППАКОНИТИН ТААСИРИ МЕНЕН КЕЛЕМИШТЕРДИН ТИМУСУНУН ЖАНА ПЕРИФЕРИЯЛЫК КАНЫНЫН КЛЕТКАЛАРЫНЫН ЖАПЫС ТООЛУУЛУ ШАРТТА МОРФОЛОГИЯЛЫК ОЗГОРУУСУ

КММА илимий окуу борбору

Корутунду: Статьяда тимустун жана перифериялык кандын клеткаларын аконитин жана лаппаконитиндин таасирин жатыс тоолуу шартта изилдоолордун жыйынтыктары берилген.

Негизги саздор: тимус, перифериялык кандын клеткалары, аконитин, лаппаконитин, жатыс тоолуу шартты.

Актуальность. Известно, что аконитин и его производные являются сильнейшим цитотоксическим ядом. Механизм его токсичности связан с модификацией натриевых каналов мембран клеток. В особенности клеток нервной, мышечной и опухолевой ткани.

Многочисленными исследованиями показано, что модификация натриевого канала аконитином приводит к смещению области активации каналов в сторону более отрицательных потенциалов, а также к изменению селективного канала [1-5]. Характерной чертой аконитинового блокирования является его необратимость.

Цитотоксическое действие аконитина связано с иммунной защитой организма, препарат вызывает

повышения активности макрофагов с развитием комплекса иммунологических противоопухолевых реакций. В настоящее время все большее внимание привлекает производные аконита (аконитин, лаппаконитин) обладающих более избирательным действием на клетки организма человека [6-9].

Целью настоящего исследования является изучение состояния клеточных популяций коркового вещества тимуса и клеток периферической крови у крыс при воздействии аконитина и лаппаконитина в условиях низкогорья.

Материал и методы исследования. Для изучения биологического действия аконитина и лаппаконитина проводились экспериментальные исследования на 18 белых крысах – самцов, весом 250-300 гр, которые были разделены на 2 группы. 1 группу составили контрольные животные. 2 группу составили экспериментальные животные в количестве 12 крыс. 6 из них получали терапевтическую дозу водного раствора аконитина, путем подкожного введения из расчета 0,1 мг на 1 кг веса в течении 30 дней. Остальные 6 крыс получали водный раствор лаппаконитина из того же расчета в течении того же времени. Контрольным животным вводили эквивалентный объем физиологического раствора. В течении 30 суток за животными велось наблюдение. Ежедневно учитывались следующие интегральные показатели: общее состояние, поведение, прием пищи и воды, экскреция.

Аконитин и лаппаконитин выделялись из настойки аконита методом экстрагирования на базе лаборатории моделирования и скрининга биологических активных веществ НАН КР.

Для морфологических исследований экспериментальных животных забивали путем декапитации. Применялись морфометрические, гистологические, электронно-микроскопические и гематологические методы исследования.

Результаты исследования и обсуждения. При воздействии аконитина и лаппаконитина в корковом веществе тимуса увеличивается количество лимфоцитов, средних лимфоцитов, особенно значительно увеличивается малых лимфоцитов (таб. 2.).

При гистостереометрическом учете тканевых элементов тимуса при воздействии аконитина отмечается заметное увеличение объема коркового вещества дольки и расширение внутривольковых периваскулярных пространств (таб. 1.).

Отмеченные морфологические изменения тимуса при воздействии аконитина и лаппаконитина отражают гиперплазию тимуса, которая обеспечивается увеличением количества лимфоцитов, средних и

Таблица 1.

Стереометрическая характеристика тимуса крыс при воздействии аконитина и лаппаконитина % (M±m).

Тканевой компонент	Контрольная группа	Экспериментальная группа	
		Аконитин	лаппаконитин
Междольковые септы	22,4±1,4	26±1,1	25±1,2
Корковое вещество	41±1,1	52±1,1*	56±1,3*
Мозговое вещество	25±1,2	22±1,1	23±1,2
ВПП	10,1	16±1,1	19±1,2*

p<0,001

больших лимфоцитов и особенно малых лимфоцитов, увеличивается количество макрофагов. В ядрах лимфобластов отмечается увеличение их размеров с характерной структурой грубоглыбчатого хроматина с одним или двумя ядрышками.

Таблица 2.

Динамика клеточных популяций в единице условной площади коркового вещества тимуса при воздействии аконитина и лаппаконитина. (M±m).

Клеточные популяции	Контроль	Аконитин	лаппаконитин
Лимфоциты	13±1,2	28±1,1	34±1,1*
Средние лимфоциты	48±2,3	75±2,7	87±2,1
Малые лимфоциты	100±2,9	140±3,6	155±3,4*
Апоптотные тела	7±1,1	12±1,1	14±1,2
Ретикулоэпителиальные клетки	60±3,4	55±1,3	52±1,4
Макрофаги	7±1,3	16±1,1	21±2,1*
Общее количество клеток	235±16,1	326±24	363±31

p<0,001

Со стороны ретикулоэпителиоцитов отмечалось увеличение их размеров и некоторое снижение их количества (таб. 2.). также следует отметить усиление кровоснабжения тимуса в этих условиях за счет расширения просвета микрососудов и периваскулярных пространств. При воздействии лаппаконитина отмечается более выраженное увеличение лимфобластов, малых лимфоцитов и макрофагов по сравнению с воздействием аконитина. Также были отмечены различия в гистостереометрических данных по усилению доли коркового вещества тимуса и внутримальковых периваскулярных пространств.

Гематологические исследования показали сдвиги показателей лейкоцитарной формулы в

Таблица 3.

Гематологические показатели крыс при воздействии аконитина и лаппаконитина.

Показатели	Контрольная группа	Экспериментальная группа	
		Аконитин	лаппаконитин
Гемоглобин (г/л)	101±1,7	100±1,3	102±1,4
Эритроциты (млн.)	4,1±0,4	4±0,1	4,2±0,2
Лейкоциты (тыс)	10,4±0,3	12±0,2	11,2±0,3
Эозинофилы (%)	2,0±0,1	2,2±0,2	2,1±0,2*
Палочкоядерные нейтрофилы (%)	1±0,03	6±0,02*	7±0,04*
Сегментоядерные нейтрофилы (%)	22,1±1,2	18,2±0,9	16,3±0,7*
Лимфоциты (%)	70,3±2,3	64,1±1,7	64,2±1,3*
Моноциты (%)	3,5±0,18	12,1±0,4*	13,2±0,3*

p<0,001

экспериментальной группе. Отмечается увеличение процентного содержания моноцитов и палочкоядерных нейтрофилов и незначительное уменьшение сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов. Существенных различий в гематологических показателях между группами крыс получавших аконитин и лаппаконитин не обнаруживаются (таб. 3.).

Заключение.

Таким образом, выявленные гистоморфометрические изменения клеточного состава тимуса в виде увеличения количества лимфобластов, малых лимфоцитов, макрофагов и изменения лейкоцитарной формулы в виде увеличения количества моноцитов и палочко-ядерных нейтрофилов указывают на формирование под действием терапевтических доз аконитина и лаппаконитина иммуномодулирующего эффекта, который играет важную роль в цитотоксическом действии на опухолевые клетки. При этом следует отметить, что более выраженный иммуномодулирующий эффект вызывается при воздействии на организм терапевтических доз лаппаконитина.

Литература.

1. Гаммерман А. Ф., Громм И. И. Дикорастущие лекарственные растения СССР. – М. медицина. 1976. 105с.
2. Романов В.Е., Шульц Э.Э., Шакиров М.М., Толстиков Г.А. Исследование алкалоидов флоры Сибири и Алтая. Сообщение 17. Синтез азотсодержащих производных дитерпенового алкалоида лаппаконитина // Химия природных соединений. - 2010. - № 4. -С.21-24.
3. Хисамудинова Р.Ю. Изучение антиаритмической активности комплекса лаппаконитина и глицирризиновой кислоты (Глиаллин) / Р.Ю. Хисамудинова, Н.Ж. Басченко, Ф.С. Зарудий // Материалы Всерос. науч. – практич. конф.

- «Современные проблемы фармакологии и фармации». – Новосибирск. – 2005. – С. 67–69.
4. Юнусов С. Ю. Об алкалоидах *Aconitum soongoricum* Start. //Общ. химия», 1948, т. 18, вып. 3.
 5. The mechanisms of the oxidation of NADH analogues. 4. Photooxidation of N-acetyl-substituted 1,4-dihydropyridine in the presence of quinones /N.E. Polyakov, A.I. Kruppa, T.V. Leshina et al. //J. Photochem. Photobiol. A: Chem.- 1997.- V.111.- P.61-64.
 6. The influence of electron donors and acceptors on isomers distribution under the photolysis of β -ionone /N. E. Polyakov, T.V. Leshina //Mol. Phys.- 2002.- V.100.- P.1297-1302.
 7. Photoinitiated electron transfer interaction of all-trans retinal with electron donors and acceptors /N. E. Polyakov, V. S. Bashurova, P. S. Schastnev, et al. //J. Photochem. Photobiol. A: Chem.- 1997.- V.107.- P.55-62.
 8. Single electron transfer in the phototransformations of β -ionone in the presence of electron acceptors /N. E. Polyakov, A. I. Kruppa, V. S. Bashurova, et al. //J. Photochem. Photobiol. A: Chem.- 1999.- V.128.- P.65-74.
 9. Wang Wencai, Michael J. Warnock 194. *Aconitum soongoricum* //Флора Китая- Flora of China. - 2001 Т. 6. - С. 217.

TIMUSIS MORPHOLOGICAL CHANGES AND CELLS OF PERIPHERAL BLOOD AT RATS AT AKONITIN AND LAPPAKONITINAIS INFLUENCE IN THE CONDITIONS OF THE LIHG MOUNTAINS.

T.K. Kadyraliyev, A. Z. Zhumanazarova,
A.R. Khabibulina, Zh.K. Raiymbekov
N.K. Raiymbekov

Interbranch educational scientific center at KSMA

In article results of research of a condition timusis and cells of peripheral blood are presented at influence akonitin and lappaakonitin in the conditions of a lihg mountains.

Key words: timus, cells of peripheral blood, akonitin, lappaakonitin, conditions lihg mountains.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.14-002:618.714-007.16]-084(575.2) *

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

Рыскельдиева В.Т., Шаршеева Э.Ш.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства Кыргызстана, г. Бишкек

Резюме: В статье представлены результаты оценки ультразвукового метода исследования (УЗИ) в качестве метода ранней (доклинической) диагностики послеродового эндометрита. Установлено, что УЗИ не может применяться для ранней диагностики классической формы послеродового эндометрита (ПЭ), но играет важную роль в выявлении патологических включений в полости матки. Кроме того, согласно заключениям УЗИ субинволюция матки достоверно чаще сопровождается моносимптомными формами ПЭ, но при классическом ПЭ - не выявляет расширения полости матки.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, послеродовый эндометрит

ТӨРӨТТӨН КИЙИНКИ ЫРБООНУН (ЭНДОМЕТРИТТИН) КЛИНИКАГА ЧЕЙИНКИ ДИАГНОСТИКАНЫ УЛЬТРАЗВУК МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ

В.Т. Рыскельдиева, Э.Ш. Шаршеева

Кыргызстандын Энеги жана Баласы Сактоо Улуттук Борбору Бишкек шаары.

Корутунду: Бул статьяда мисалы катары ультразвук изилдөө методу боюнча төрөттөн кийинки эндометриттин клиникага чейинки диагностикасынын натыйжасына баа көрсөтүлгөн. Күтүмүрдөн төрөттөн кийинки эндометритти УЗИ менен диагностика кылганга мүмкүн эместиги аныкталган, бирок аялдын жатынына патологиялык аныктоону киргизүүдө негизги маанини ойнойт. Андан башка УЗИнин жыйынтыгы боюнча жатындын субинволюциясы негизинен көбүнчө төрөттөн кийинки эндометрит моносимптомдук формасы кошо эсирет, бирок үлүлүү (классический) төрөттөн кийинки эндометритте – жатынды кеңейтуугө алып келишин аныкталган эмес.

Негизги сөздөр: Ультразвуктук изилдөө, төрөттөн кийинки ырбоо (эндометрит).

Актуальность: Мнения исследователей по поводу ценности УЗИ как метода ранней диагностики ПЭ в наши дни остаются крайне противоречивыми. Абрамченко В.В. [1], Горин В.С. с соавт. [2], Шукина Н.А. с соавт. [3] утверждают о целесообразности применения УЗИ с диагностической целью, которое может выделить два варианта эндометрита – эндометрит на фоне задержки в матке некротически измененных остатков децидуальной ткани, сгустков крови или плацентарной ткани и эндометрит базальный, так называемый «чистый эндометрит». Авторы представляют подробное описание эхографической картины при всех вариантах послеродового эндометрита, но подчеркивают, что ценность УЗИ возрастает при условии возможности его проведения с трехмерной эхографией матки, трехмерной энергетической доплерографией с исследованием состояния сосудистой сети матки, цветовым доплеровским коартированием и импульсной доплерометрией дуговых артерий матки и особенно в сочетании с ее гистероскопией [4, 5]. В то же время Никонов А.П. [6], Куперт М.А. [7] и коллектив авторов, разработавших Кемеровские протоколы ведения и лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний [8] считают, что УЗИ матки не должно применяться для диагностики ПЭ, т.к. не обладает достаточной чувствительностью. УЗИ целесообразно выполнять лишь с целью диагностики патологических включений. Авторы считают, что к 4-м суткам пуэрперия чаще всего возникает уже развернутая симптоматика эндометрита, которая не вызывает трудностей у клиницистов. С позиций не информативности и дороговизны подходит к проведению УЗИ и Всемирная Организация Здравоохранения, не рекомендуемая УЗИ матки в качестве рутинного метода обследования в послеродовом периоде.

Имеющиеся противоречия подтверждают актуальность дальнейших исследований в этом вопросе.

Цель – определить ценность УЗИ в качестве метода ранней диагностики послеродового эндометрита.

Материал и методы исследования: Исследование проведено на базе клинического родильного дома НЦОМиД в период 2009-2010 гг. УЗИ проводилось родильницам на Японском аппарате Aloka SSD 3500 с доплером фирмы CO. LTD. В виду того, что по данным некоторых исследователей [9] для оценки инволюции матки и состояния послеоперационного шва более информативной является оценка ее полости с помощью трансвагинального сканирования,

послеродовая инволюция матки оценивалась путем измерения ширины и характера содержимого ее полости.

Для проведения сравнительной оценки прогностической значимости УЗИ в ранней диагностике ПЭ нами проведено 262 исследования. Сформированы 3 группы:

1. Родильницы с клинической картиной классического ПЭ – 58
2. Родильницы с клинической картиной субинволюции матки или с патологическими выделениями из половых путей (моносимптомный эндометрит) – 43
3. Здоровые родильницы – 164

Результаты исследования и их обсуждение:

Согласно полученным данным, представленным в таблице 1, явления субинволюции матки достоверно чаще наблюдаются у родильниц с ранними моносимптомными формами эндометрита по сравнению с больными, у которых уже имеется развернутая клиника (во 2-й группе - $23,2 \pm 6,4$, а в 1-й группе - $5,2 \pm 2,9$; $P < 0,01$). Интересен факт, что у здоровых (3-я группа - $18,3 \pm 3,0$) также достоверно чаще, чем у больных 1-й группы ($5,2 \pm 2,9$) выявляются нарушения инволюции матки в виде расширения ее полости более 20 мм. без каких-либо патологических включений. Полость матки, расширенная до 20 мм., но с эхопозитивными включениями, достоверно чаще наблюдалась и у родильниц с развернутой клиникой эндометрита ($15,5 \pm 4,7$) и у родильниц с моносимптомным эндометритом ($13,9 \pm 5,3$) по сравнению со здоровыми родильницами ($2,4 \pm 1,2$).

Таким образом, важное значение УЗИ имеет при наличии в полости послеродовой матки патологических включений. При, так называемой, [10] «чистой» форме ПЭ значение УЗИ нивелируется. Наши результаты согласуются с результатами работ Никонова А.П. [6], Куперт М.А. [7], коллектива авторов, разработавших Кемеровские протоколы ведения и лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний [8], а также с мнением экспертов ВОЗ.

Достоверно чаще выявлялись явления субинволюции матки с эхопозитивными включениями у родильниц с моносимптомными формами эндометрита в сравнении со здоровыми родильницами ($11,8 \pm 4,9$ и $1,3 \pm 0,9$; $p < 0,05$) (табл.1). Сравнение субинволюции матки с эхопозитивными включениями у женщин с яркой клиникой эндометрита на 3-4-е сутки послеродового периода со здоровыми родильницами достоверных различий не выявило ($8,6 \pm 3,7$ и $1,3 \pm 0,9$; $p > 0,05$).

Таблица 1

Сравнительная оценка результатов УЗИ у рожениц с осложненным и неосложненным течением послеродового периода

результат	Группа 1 Эндометрит классический - 58			Группа 2 Эндометрит моносимптомный - 43			P, M ₁ , M ₂	Группа 3 Экзоэхо - 164			P, M ₁ , M ₂	P, M ₁ , M ₂
	abc	M ₁	m ₂	abc	M ₁	m ₂		abc	M ₁	m ₂		
Полость матки расширена до 20 мм.	41	70,7	6,0	22	51,1	7,6	P<0,05	128	78,0	3,2	P>0,05	P<0,001
Полость матки расширена более 20 мм.	3	5,2	2,9	10	23,2	6,4	P<0,01	30	18,3	3,0	P<0,001	P>0,05
Полость матки расширена до 20 мм, с эхопатологией включением	9	15,5	4,7	6	13,9	5,3	P>0,05	4	2,4	1,2	P<0,01	P<0,05
Полость матки расширена более 20 мм, с эхопатологией включением	5	8,6	3,7	5	11,8	4,9	P>0,05	2	1,3	0,9	P>0,05	P<0,05

По данным проведенного исследования субинволюция матки достоверно чаще сопровождается моносимптомными формами ПЭ в сравнении со здоровыми роженицами, что еще раз свидетельствует в пользу их выделения в отдельную нозологическую форму. При имеющейся манифестации ПЭ диагноз не вызывает затруднений и требует проведения УЗИ лишь для выявления в полости матки патологических включений, требующих удаления (санации). Нами также установлено, что о субинволюции матки можно судить по расширению ее полости более 20 мм. Наличие субинволюции матки к 3-4-м суткам пуэрперия свидетельствует об имеющемся моносимптомном эндометрите, тем более, если дополнительно выявлены патологические включения.

По поводу расширения полости матки, которое следует считать патологическим, также нет однозначных мнений. Так, Коробков Н.А. [11] считает, что субинволюцией матки следует считать расширение полости матки > 13 мм., а Тарасенко Ю.Н. [12] > 15 мм.

Нет однозначных рекомендаций и по поводу рациональных суток для проведения УЗИ. По данным Титченко Ю.П. [13] для ранней диагностики ПЭ целесообразно проводить комплексное УЗИ на 4-е сутки после самопроизвольных родов и на 6-е сутки после кесарева сечения. Но все же автор признает, что проблема ранней диагностики ПЭ с помощью УЗИ не решается. На 3-и сутки предлагают проводить УЗИ Муравина Е.Л. [14] и Коробков Н.А. [11]. По мнению же большинства авторов [1, 10, 15]

УЗИ целесообразно проводить начиная с 4-х суток пуэрперия. Успожанина Н. В. [9] предлагает проводить УЗИ в динамике на 1-е и 3-4-е сутки.

В нашей Республике приняты протоколы, поощряющие раннюю на 2-3-и сутки выписку рожениц, в связи с которой прогностическая ценность УЗИ становится еще меньше.

Учитывая минимальную прогностическую ценность УЗИ в диагностике классического ПЭ при условии ранней выписки, его неэкономичность считаем нецелесообразным его использование в качестве рутинного метода обследования в послеродовом периоде. При клинически выявленной субинволюции матки УЗИ следует использовать для диагностики патологических включений в ее полости.

Таким образом, УЗИ не может применяться для ранней диагностики классического ПЭ, т.к. даже при имеющихся клинических симптомах не выявляет характерных для ПЭ ЭХО – признаков. В то же время, данные этого исследования достоверно чаще, чем у здоровых рожениц выявляют субинволюцию матки в виде расширения ее полости более 20 мм. и различные патологические включения, которые свидетельствуют в пользу наличия моносимптомного эндометрита.

Выводы:

1. УЗИ может применяться для выявления патологических включений в полости матки, но не для ранней диагностики классической формы ПЭ
2. Согласно заключениям УЗИ достоверно чаще субинволюция матки сопровождается моносимптомными формами ПЭ, а при классическом ПЭ УЗИ не выявляет расширения полости матки

Литература:

1. Абрамченко В.В. Послеродовой эндометрит и субинволюция матки // «ЭЛБИ-СПб», С-Петербург, 2008, с.32-40
2. Ломикян О.П. Послеродовой эндометрит: диагностика и лечение. Женский доктор, №2, 2007, с.10
3. Шукина Н.А., Буятова С.Н. Современные особенности течения гнойно-септических послеродовых заболеваний. Диагностика и лечение. // Материалы Форума «Мать и Дитя», Москва, 2010, с. 282 -283
4. Новикова С.В., Логутова Л.С., Титченко Ю.П., Бахрех Е.В. Использование эхографии и 3Д энергетической доплерографии в диагностике послеродового эндометрита. // Материалы Форума «Мать и Дитя», Саратов, 2007, с.176
5. Меджадова Д.Р. Прогнозирование, совершенствование диагностики и лечения послеродового эндометрита. // Дисс.канд.мед.наук., Ростов-на-Дону, 2007, с.118
6. Никонов А.П., Асатурова О.Р. Послеродовой эндометрит: практические рекомендации по диагностике и антимикробной терапии. // Гинекология №1, Том 10, 2008, с. 13
7. Куперт М.А. Эндометрит после родов в современном акушерстве //Дисс.докт.мед.наук. Иркутск, 2006, с.202
8. Клинические протоколы «Послеродовые гнойно-воспалительные заболевания» // Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области. Клинические протоколы рассмотрены и утверждены Советом Кемеровской Региональной общественной организацией «Ассоциация врачей акушеров - гинекологов», Кемерово, 2011
9. Устожанина Н.В. Влияние факторов риска послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний на инволюцию матки в послеродовом периоде // Н.В.Устожанина, В.П.Черемскин, Б.Е.Гребенкин // Медицинский альманах – 2009. - №4 (9). – С.145-147.
10. Горин В.С., Серов В.Н., Бирюкова Л.А. и др. Оптимизация диагностики и лечения послеродового эндометрита. Российский Вестник акушера-гинеколога, 2009, №1, М, с.21-27
11. Коробков Н.А. Диагностика морфо-функционального состояния матки при послеродовой субинволюции // автореф. дисс. канд. мед. наук, Санкт-Петербург, 2006, с. 17-23
12. Тарасенко Ю.Н. Значение локальной антимикробной терапии в комплексном лечении острого послеродового эндометрита // Автореф. дисс. канд. мед. наук, Волгоград, 2011, с. 11-23
13. Титченко Ю.П. Клиническое значение новых ультразвуковых диагностических технологий в послеродовом периоде // Автореф. дисс. канд. мед. наук, Москва, 2006, с. 20-22
14. Муравина Е.Л. Акушерская тактика при осложненных пуэрпериях // Материалы Форума «Мать и Дитя», Москва, 2010, с. 153
15. Абрамян Р.Р. Алгоритм ведения родильниц при субинволюции матки в послеродовом периоде. // Материалы 4 съезда акушеров-гинекологов России, Москва, 2008, с. 3

Ultrasound research in preclinic diagnosis of postnatal endometritis.

V. Ryskeldieva, E. Sharsheeva

**National Center for Maternal and Child Welfare ,
Bishkek, Kyrgyzstan.**

The article gives us the research evaluation results of ultrasound use as method of postnatal endometritis early (preclinic) diagnosis. It has been stated that ultrasound can't be used for an early diagnosis of postnatal endometritic classic form. But ultrasound plays a very important role in detecting pathological inclusions in uterus cavity. Moreover according to ultrasound results monosymptom of postnatal endometritic (PE) forms are attended by uterus subinvolution but in case of PE classic form ultrasound doesn't detect uterus cavity dilatation.

Key words: ultrasound research, postnatal endometritis



ХИРУРГИЯ

УДК 616.36-002.951.21-089

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ
ЛЕЧЕНИЮ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

Авасов Б.А.

Кыргызская государственная медицинская
академия им. И.К. Ахунбаева,
Городская клиническая больница №1,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: радикальные операции при эхинококкозе печени выполнены у 25 больных. При вскрытии брюшной полости эхинококковую кисту обрабатывали по разработанной нами методике, после чего производили радикальные операции (гемигепатэктомия, резекция-вылуцивание, атипичные резекции). Осложнения отмечались у 2 пациентов (8,0%).

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, способ обеззараживания, беталин, радикальные операции.

**БООРДУН ЭХИНОКОКК ООРУСУН
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ЖАҢЫ
ЫКМАЛАРЫ**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясы
№1 Шаардык клиникалык ооруканасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: боордун эхинококк оорусу менен ооруган 25 бейтапка радикалдуу операциялар жасалган. Ич көңдөйү ачылгандан кийин, эхинококк ыйлакчасы биз ойлон тапкан ыкма менен жугушсуздандырылып, андан кийин радикалдуу операциялар аткарылган (боордун жартын кесүү, сыйрып алуу). Кабылдоолор 2 бейтапта байкалган.

Негизги сөздөр: боор, эхинококк, жугушсуздандырылоо, беталин, радикалдуу хирургиялык дарылоо

Введение. Эхинококкоз среди паразитарных заболеваний в хирургии занимает особое место. Распространенность эхинококкоза значительно отличается в разных географических регионах [1,10]. Во многих странах мира имеются эндемичные очаги. На постсоветском пространстве к эндемичным очагам относятся Казахстан, Узбекистан, Туркмения, Азербайджан, южные регионы России, а также

Кыргызстан [1,3]. Распространение заболевания в последние годы происходит не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, особенно у детей, что связано, в значительной степени, с неудовлетворительным состоянием и деятельностью санитарной службы и органов здравоохранения [2,4,5].

В настоящее время основным способом лечения эхинококкоза печени является удаление паразитарной кисты хирургическим путем. Использование антипаразитарных химиотерапевтических средств далеко не всегда приводит к успеху, при этом даже гибель паразитарной кисты в результате консервативного лечения может сопровождаться осложнениями, которые требуют хирургического лечения [3,6,7].

Вопросы интраоперационной хирургической тактики широко обсуждаются в научной литературе и не имеют однозначного решения. Сегодня большинство хирургов отдают предпочтение менее радикальным хирургическим способам лечения, чаще всего «закрытой» или «открытой» эхинококкэктомии, как наиболее простым вмешательствам. Доля операций с радикальным удалением не только паразита, но и окружающей его соединительнотканной оболочки, невелика и составляет лишь 3,8–30% [4,8]. Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34–50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15–64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики. Продолжает оставаться довольно высокой послеоперационная летальность, составляющая 3–8%, а при осложнённых формах эхинококкоза достигающая 15–23% [9,11].

Все вышперечисленное указывает на существующую необходимость изменения подходов к выбору оптимальной хирургической тактики

Цель работы – представить эффективность интраоперационных мер обеззараживания плодоносных элементов эхинококка и радикальных оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования. В данную работу были включены больные, которым были выполнены радикальные операции. Под наблюдением находились 25 больной, из них женщин было 18 (72,0%), мужчин – 7 (28,0%), в возрасте от 16 до 60 лет.

Показанием для выполнения резекции печени у 2 (8,0%) больных было краевое расположение кисты, а у 23 (92,0%) показанием для радикальной операции было практически тотальное поражение доли, когда от печеночной паренхимы осталась лишь небольшая полоска и выполнение органосохраняющей операции было рискованным в плане ликвидации остаточных полостей таких размеров. Кроме того, резекцию печени выполнили 3 больным, у которых в доле печени располагались две и более кисты, занимающие весь объем доли.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови, мочи, электрокардиография, обзорная рентгенография органов грудной клетки) выполняли ультразвуковое исследование, в неясных случаях применяли компьютерную томографию. При первичном эхинококкозе осуществляли постановку реакции Казони. Кроме того, производилось определение функционального состояния печени и почек.

Для предупреждения осложнений после лапаротомии и ревизии органов брюшной полости на фиброзную капсулу печени накладываем круговой кистетный шов, производим пункционное удаление жидкости из кисты печени, ее химическую обработку 10% раствором бетадина с экспозицией 10-15 мин. За это время происходит полная гибель паразита. Раствор бетадина оставляем в полости кисты. Затем производим герметичное ушивание кисты с помощью кистетного шва, после чего резекцию печени проводим в «закрытых условиях», в пределах здоровых тканей (рационализаторское предложение №10/13, выданный КГМА им. И.К.Ахунбаева). Способ позволяет снизить вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

Результаты и их обсуждение.

Из 25 больного эхинококкозом у 2 (8,0%) выполнена анатомическая резекция печени фиссуральным способом, а у остальных (92,0%) использовали атипичную резекцию методом дигитоклазии. Операционный доступ избирался с учетом расположения очага поражения, но чаще всего (21 чел.) применяли подреберные доступы по Федорову или Кохсру, значительно реже – верхнесредний, при локализации эхинококковой кисты в левой доле и поперечный или «мерседес» при поражении обеих долей печени. Правосторонняя гемигепатэктомия произведена у 5 (20,0%) пациентов, левосторонняя у 4 (16,0%), сегментарная резекция печени осуществлена у 11 (44,0%), резекция-вылушивание - у 5 (20,0%) больных. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Для оценки отсутствия обсеменения операционного поля произведена микроскопия смывов. Мазки окрашивали 1% раствором эозина и при этом ни живых, ни мертвых сколексов не обнаружили. В послеоперационном периоде исследовали показатели функционального состояния печени и почек.

Анализ биохимических исследований показал, что у больных эхинококкозом печени до операции имело место повышение уровня общего билирубина, трансаминаз и снижение общего белка. После операции уже через сутки повысился уровень билирубина, на 3 сутки продолжалось его повышение, а уже к 7 суткам отмечено снижение. Подобная динамика наблюдалась и со стороны трансаминаз и содержания общего белка. Уровень мочевины почти не изменился после операции, а креатинин повышался до 3 суток, затем отмечено его резкое снижение и достигло исходного уровня. Возникновения печеночной недостаточности не отмечено.

Выводы:

1. Разработанная методика обеззараживания содержимого полости эхинококковой кисты и ее герметичность после аспирации является хорошей профилактикой обсеменения брюшной полости.
2. Отказ от вскрытия полости кисты при ее нагноении уменьшает риск обсеменения зоны операции, снижает частоту ранних послеоперационных осложнений и рецидивов – в отдаленном периоде.
3. На основании проведенного сравнительного анализа установлено, что в настоящее время методами выбора при гидатидозном эхинококкозе печени являются радикальные операции - резекция печени, идеальная эхинококкэктомия, тотальная и субтотальная цистоперицистэктомия, идеальная хитинэктомия в сочетании с радикальной цистоперицистэктомией и они могут быть использованы в хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Литература

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордабеков С.О. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // Хирургия. – 2009. - №3. – С.15-17
2. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патологические аспекты, профилактика, ранняя диагностика, лечение // Хирургия. – 2006. - №4. – С.52-57
3. Вафин А.З. Хирургическое лечение рецидивного и рецидивного эхинококкоза: Автореф. дис. ...д-ра мед.наук. – М.,1993. -23с
4. Радикальные оперативные вмешательства при гидатидозном эхинококкозе печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Том.11, №3.-С. 183-184.
5. Aebernard P., Thommen A. Surgical Treatment of hydatid disease of the liver an experience from outside the endemic area. Hepatogastroenterology 2002; 43 (9): 627-636.

6. Androulakis G.A. Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver Eur. Surg. Res. 1986; 18 (3-4): 145-150.
7. Besim H., Karayalsin K., Hamamei O. Scolicidal agents in hydatid cyst surgery. HPB Surgery 1998; 10: 6: 347-351.
8. Belli L. et al. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. Amer. J. Surg. 1993; 145 (2): 239-242.
9. Izassis Th., Haring R. Chirurgie der Echinococcose. Chir. Prax. 1996; 36 (2): 191-203.
10. Torgerson P.R. Transmission dynamics and control option for cysts echinococcosis. Parazitology. 2003; 127: 143-158.
11. Turkcarap A.G., Ersoz S. Surgical treatment of hepatic hydatidosis combined with perioperative treatment with albendazole. Eur. J. Surg. 1997; 163 (2): 923-928.

NEW APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

B.A. Avasov

Kyrgyz State Medical Academy
named after I.K. Ahunbaev,
Municipal clinical hospital № 1,
Bishkek city, Kyrgyz Republic.

Summary: the radical surgical treatment were used from 25 patients with liver echinococcosis. After opening the abdominal cavity parasitic cysts treated by our method, and then produced a radical operations (hemihepatectomy, resection-enucleation, atypical resection). Complications were from 2 patients (8,0%).

Key words: liver, echinococcosis, disinfection methods, betadin, radical surgical treatment.



УДК 616.36-002.951.21-07-089

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЗАРИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Авасов Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Городская клиническая больница №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты радикального хирургического лечения паразитарных кист печени. Из 79 больных альвеококкозом печени у 66 произведены радикальные, у 13 пациентов – условно-радикальные операции, а 31 больному эхинококкозом произведены радикальные оперативные вмешательства (типичные и атипичные резекции печени, тотальная перикистэктомия)

Ключевые слова: эхинококкоз, альвеококкоз, резекции печени, диагностика, профилактика, печеночная недостаточность

БООРДУН ПАЗАРИТАРДЫК ЫЙЛАКЧАЛАРЫН АНЫКТООДОГУ ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ЖАНЫ КӨЗ КАРАШТАР

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 Шаардык клиникалык ооруканасы
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду: боордогу паразитардык ыйлакчалардын радикалдуу хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Альвеококк дарты менен ооруган 79 бейтаптын ичинен 66-сына радикалдуу, 13-үнө шарттуу радикалдуу, ал эми эхинококкоз менен ооруган 31 бейтапка радикалдуу операциялар аткарылган.

Негизги сөздөр: эхинококкоз, альвеококкоз, боорду кесүү, дартты аныктоо

В последнее десятилетие отмечается значительный рост заболеваемости очаговыми поражениями печени, в частности альвеококкозом и эхинококкозом, частота которых имеет устойчивую тенденцию к увеличению [1,3,7]. Сложившаяся ситуация обусловлена рядом факторов, к которым относятся все увеличивающаяся миграция сельского населения, ухудшение санитарно-эпидемиологического надзора, особенно в эндемичных по альвеококкозу и эхинококкозу

регионах, в числе которых и Кыргызская Республика, прекращение активной диагностики и диспансеризации населения [2,4]. Трудности ранней и дифференциальной диагностики, большая частота интра- и послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания делают указанную проблему весьма актуальной [1,6].

Хирургическая тактика в отношении альвеококкоза в настоящее время отработана достаточно ясно – единственным радикальным методом лечения являются резекции печени. Данная категория оперативных вмешательств по-прежнему остается наиболее сложным разделом хирургической гепатологии с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности в результате развития печеночной недостаточности [2,4,7]. В то же время вопросы хирургической тактики в отношении эхинококкоза печени несмотря на многочисленные исследования, обсуждения за круглым столом и резолюций конференций хирургов-гепатологов остаются весьма дискуссионными. Обсуждаются, как правило, многочисленные новые и усовершенствованные старые способы и методы обработки и ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии [3,5,6]. Однако вопросы радикального хирургического лечения эхинококкоза, включающего тотальную и субтотальную перичистэктомии и резекции печени в различном объеме, даже не рассматривались или им уделялись недостаточно внимания, хотя в современной литературе уже появились сообщения [5] об обоснованности удаления фиброзной капсулы как источника рецидивов и гнойно-воспалительных осложнений.

Цель работы – показать информативность современных инструментальных методов диагностики паразитарных заболеваний печени, эффективность усовершенствованной резекции печени при альвеококкозе и радикальных операций при гидатидозном эхинококкозе печени.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 110 больных с эхинококкозом (31 чел.) и альвеококкозом (79 чел.) печени. Из них женщин было 84 (76,4%), мужчин 26 (23,6%). Возраст больных колебался от 15 до 62 лет.

Из 79 больных альвеококкозом радикальные операции выполнены у 66 (83,5%) пациентов, а условно-радикальные - у 13 (16,5%). Всем больным эхинококкозом (31 чел.) печени выполнены радикальные оперативные вмешательства: перичистэктомия, цистоперичистэктомия, гемигепатэктомия, резекция-вылущивание

По локализации альвеококковый узел у 58 (73,4%) больных располагался в правой доле печени,

у 7 (8,9%) – в левой, и у 14 (17,7%) – в обеих долях печени, нередко с прорастанием в ворота печени и нижнюю полую вену. У 21 (67,7%) из 31 больного с эхинококкозом киста располагалась в правой доле, у 7 (22,6%) – в левой доле и у 3 (9,7%) пациентов отмечалось билобарное поражение

При обследовании больных, наряду с общеклиническими, использованы и специальные методы – ультразвуковое исследование, компьютерная томография, внутрикожная аллергическая реакция Кацони.

С целью профилактики печеночной недостаточности при проведении радикальных и условно-радикальных операций у 32 (40,5%) больных альвеококкозом печени через канюлированную пупочную вену применяли прямое внутриворотальное введение медикаментозных препаратов, обладающих гепатопротекторным свойством (озонированный физиологический раствор хлорида натрия, гептрал).

В диагностике паразитарных заболеваний печени наиболее информативным и доступным является ультразвуковое исследование (УЗИ). В своей работе мы выделяли узловую форму альвеококкоза, инфильтративную и смешанную. При очаговой форме границы узла неправильной формы, но четкие, а при инфильтративной форме нет четкой границы между очагами поражения и тканью печени, а участок паразитарной ткани внедрен в паренхиму печени. При смешанной форме на отдельных участках граница узла четко определялась, а на других вращалась в ткань печени.

При компьютерной томографии (КТ) контуры паразитарного узла были нечеткие, отмечалась деформация поверхности печени, структура узла была неоднородной за счет участков низкой плотности, выявлялось наличие кальцинатов, слияние мелких очагов с формированием полости распада. При центральном расположении узла выявлялось расширение сосудов портальной системы.

Из 79 больных альвеококкозом, подтвержденным операцией и гистологическим исследованием, правильный диагноз на основании инструментальных исследований установлен у 78 (98,5%), а у одного больного имела место злокачественная опухоль печени.

Мы также проанализировали результаты инструментальных исследований у 31 больного эхинококкозом печени.

При УЗИ мы выделили 4 типа эхокартины эхинококковых образований. К первому типу отнесли кисты, имеющие вид однокамерных жидкостных образований – этот тип выявлен у 16

больных. При эхинококковых кистах второго типа внутри кисты видны в виде множественных мелких камер дочерние кисты (7 чел.). К третьему типу кист отнесли кисты с обызвествленной и неравномерно утолщенной капсулой (5 чел.). При этом эхографически не визуализируется жидкостная среда и большая часть имеет неоднородную эхоструктуру. К четвертому типу отнесен осложненный эхинококкоз (3 чел.) – это были разложившиеся и нагноившиеся кисты. Для уточнения диагноза у 6 больных выполнена компьютерная томография.

Все больные эхинококкозом печени оперированы. Достоверность эхографической диагностики верифицирована с данными, полученными в момент операции. Совпадение диагноза имело место у 29 больных, а у двух эхинококкоз не подтвержден, а обнаружена остаточная полость с нагноением, следовательно, информативность составила (93,5%).

Результаты и их обсуждение. Операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. В качестве оперативного доступа в основном использовали подреберные доступы - лапаротомию по Кохеру или Федорову, а при локализации патологического процесса в левой доле – верхнесрединную лапаротомию. После ревизии и определения объема резекции печени при альвеококкозе производилась реканализация и канюлирование пупочной вены, через которую в два этапа осуществлялось прямое внутрипортальное введение лекарственных средств, обладающих гепатопротекторными свойствами – озонированный физиологический раствор хлорида натрия в дозе 3-4 мл/мл, гептрал (рационализаторское предложение № 09/13, выданное КГМА). Затем производилась резекция печени методом дигитоклазии с использованием приема Прингла. Осложнения отмечались 7 (8,9%) больных в виде реактивного плеврита, вылеченных плевральными пункциями. Характер произведенных операций представлен в табл. 1.

Из 31 больного эхинококкозом у 3 (9,7%) выполнена анатомическая резекция печени фиссуральным способом, а у остальных (90,3%) использовали атипичную резекцию методом дигитоклазии. В целях повышения апаразитарности оперативного вмешательства, интраоперационно эхинококковую кисту обрабатывали по нашей методике (рационализаторское предложение №10/13, выданное КГМА). Объем выполненных оперативных вмешательств при эхинококкозе печени представлен в табл.2. При диспансерном наблюдении за оперированными больными в отдаленном периоде от 1 до 3 лет рецидивов болезни не обнаружено.

Таблица 1

Объем оперативных вмешательств при альвеококкозе печени

Резекции печени	Количество	%
Гемигепатэктомия справа по Тон-Тхат-Тунгу	24	32,2
Гемигепатэктомия слева по Тон-Тхат-Тунгу	3	3,8
Расширенная гемигепатэктомия справа	5	6,5
Расширенная гемигепатэктомия слева	7	9,1
Анатомическая гемигепатэктомия справа	4	5,2
Двойная атипичная резекция обеих долей	3	3,1
Центральная резекция правой и левой долей	4	5,2
Сегментэктомия	2	2,6
Бисегментэктомия	16	20,8
Трисегментэктомия	9	11,7
Резекция-вылушивание альвеококкового узла	2	2,6
Всего	79	100,0

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств при эхинококкозе печени

Операции	Количество	%
Анатомическая гемигепатэктомия справа	3	9,7
Атипичная резекция правой доли	6	19,3
Атипичная резекция левой доли	4	12,9
Сегментэктомия	2	6,4
Бисегментэктомия	5	16,1
Трисегментэктомия	4	12,9
Резекция-вылушивание	3	9,7
Тотальная перидистэктомия	4	12,9
Всего	31	100,0

В послеоперационном периоде в течение 5-6 сут продолжали введение через реканализированную пупочную вену вышеперечисленных лекарственных средств. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений назначали антибиотики широкого спектра действия. При анализе функционального состояния печени установлено, что в первые сутки после операции отмечалось достоверное повышение уровня билирубина

сыворотки крови, АСТ и АЛТ, креатинина, снижение уровня общего белка, а затем, начиная с 3-суток, шла постепенная нормализация. К моменту выписки больных из стационара большинство вышеуказанных показателей почти достигало нормы.

Выводы

1. Прямое внутривенное введение медикаментозных средств (озонированный физиологический раствор хлорида натрия в дозе 3-4мкг/мл, гептрал) при использовании приема Принга предотвращает возникновение печеночной недостаточности после радикальных операций, выполненных по поводу альвеококкоза печени.
2. Наиболее доступным и информативным методом диагностики паразитарных кист печени является УЗИ, информативность которого составила 93,5%, а при альвеококкозе – КТ (98,5%)
3. Радикальные методы эхинококкэктомии печени (типичная и атипичная резекции печени, резекция-вылущивание, тотальная перикистэктомия) являются апаразитарными и надежной профилактикой рецидивов болезни.

Литература

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Наршанов М.М. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006 - №1 – С.179-181
2. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996 - №1 – С.24-29
3. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х. Лечение гидатидозного эхинококкоза // *Хирургия*. – 2000.- №8. – С. 27-32

4. Икрамов Р.З. Кисты печени (диагностика и лечение): Автореф. дис. ... д-ра.мед.наук. - М., 1992. – 45с.
5. Кахаров М.А., Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. и др. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени // *Хирургия*. – 2003. - №1. – С.31-36
6. Alfieri S., Doglietto G.B., Pacelli F. Radical surgery of hepatic hydatid disease: a study of 89 consecutive patients // *Hepato-Gastroenterology*. – 1997. – Vol.44, №14. – P.496-500
7. Bresson-Hadni S. Alveolar echinococcosis // *Hepatology*. – 1998 – Vol. 27, №5 – P.1453-1456

CURRENT TRENDS IN THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PARASITIC CYSTS OF LIVER

B.A. Avasov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.

Akhunbaev

**Municipal clinical hospital № 1,
Bishkek city, Kyrgyz Republic**

Summary: presented results of radical surgery treatment of parasitic cysts of liver. From 79 patients to 66 maked radical, at 13 conditional radical operations. For 31 patients with echinococcosis prodused radical operations (typical and nontypical liver resections, total pericystectomy)

Key words: echinococcosis, alveococcosis, resection of liver, diagnostic methods, prophylaxis.



УДК 617.55-089;616.366-002

МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мусаев У., Токтосунов А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Городская клиническая больницы № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты операций у 160 больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, которым была выполнена холецистэктомия при минилапаротомии. Осложнения отмечены у 9 (5,6%). Умер один пациент (0,6%).

Ключевые слова: желчный пузырь, острый холецистит, минилапаротомия, исход.

ЖАШЫ УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫГАН АДАМДАРДЫН КУРЧ ХОЛЕЦИСТИТИН ОПЕРАЦИЯ ЖАСООДОГУ МИНИЛАПАРАТОМИЯ

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттин медициналык академиясы,
№1 Шаардык клиникалык оорукана,
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Корутунду. Курч холецистит менен ооруган жашы улгайган жана карыган 160 оорудуу адамдын холецистэктомиясын минилапаротомия жолу менен жасалган операциянын жыйынтыктары берилди. Кабыдан кетуу тогуз адамда (5,6%) кездешти. Бир бейтап (0,6%) каза болду.

Негизги сөздөр: От, курч холецистит, минилапаротомия, натыйжа.

Диагностика и лечение острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста остается одной из первостепенных проблем в хирургии [1,2,5]. Это связано с тем, что заболеваемость желчнокаменной болезнью неуклонно растет и увеличивается число больных с осложненными формами. Сложность лечения больных пожилого и старческого возраста заключается в том, что у большинства из них отмечаются деструктивные формы холецистита и почти у всех имеют место сопутствующие заболевания, повышающие риск операции [2,3,6].

Несмотря на детальную разработку техники операций, использование противовоспалительных и дезинтоксикационных средств после операции частота осложнений достигает 40-50%, а летальность – 4-6% [1,2,4]. В последние годы в лечении больных с холециститом стали использовать лапароскопическую холецистэктомию и, наряду с этим методом, многие исследователи используют минилапаротомию [3,5,7] и утверждают, что этот метод не менее эффективен, чем лапароскопический, но до настоящего времени не конкретизированы показания к минилапаротомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста и недостаточно четко представлена ее эффективность.

Цель работы – оценить результаты минилапаротомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 160 больных острым холециститом, оперированных в период с 2010 по 2012 год включительно, из них женщин было 113 (70,6%), мужчин – 47 (29,3%), в возрасте с 60 до 75 было 118 (73,8%), от 75 до 90 лет – 42 (26,8%). Давность заболевания – от 6 часов до 4 суток. Это были больные, у которых операция осуществлялась из минилапаротомного доступа.

При поступлении все больные жаловались на боли в правом подреберье, 151 – на сухость во рту и тошноту (94,3%), 103 отмечали многократную рвоту (64,4%) и резкую общую слабость, у 82 отмечено повышение температуры до 38,5-39° (55,5%) и у 22 (13,8%) наблюдались ознобы, желтушность склер и кожных покровов выявлена у 15 больных (9,4%).

В обследовании больных, помимо общеклинических методов исследования (анализ крови, мочи, ЭКГ) исследовали печеночные и почечные тесты (билирубин, тимоловая проба, трансаминазы, мочевины, креатинин) по общепринятой методике.

При поступлении у всех выполняли УЗИ, при котором обращали внимание на размеры печени, ее структуру, состояние желчных путей, величину желчного пузыря, его стенок, характер содержимого, а также исследовали все органы брюшной полости для выявления сопутствующих заболеваний, которые были обнаружены у 146 больных (91,3%), из которых наиболее часто наблюдались гипертоническая болезнь (64 чел.), коронарная болезнь сердца (23 чел.), хронический пиелонефрит (6 чел.), хронический бронхит (18 чел.), варикозное расширение вен нижних конечностей (12 чел.), а другие заболевания имели место в единичных случаях.

Результаты и их обсуждение. На основании выполненных исследований окклюзионный холецистит обнаружен у 28 больных (вклинившийся конкремент в пузырном протоке), а у остальных деструктивный холецистит, из них у 12 наличие перивезикулярного инфильтрата, а у 8 наличие выпота (перивезикулярный абсцесс). Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Перед операцией в момент выполнения УЗИ обращали внимание на расположение желчного пузыря и его изображение наносили на кожу, это помогало при выборе доступа более точно выходить на желчный пузырь.

Операции стремились выполнить в первые 12 часов с момента поступления больных в стационар.

При окклюзивных холециститах, если не было тяжелого сопутствующего заболевания, оперировали в первые 2 часа, так как мы убедились, что затягивание срока операции ведет к быстрому прогрессированию деструктивного процесса в желчном пузыре.

При наличии выраженной интоксикации и тяжелого сопутствующего заболевания обязательно проводили кратковременную предоперационную подготовку, которая включала инфузионную детоксикационную и противовоспалительную терапию и препараты (гипотензивные, сердечные средства), которые назначали консультанты (кардиологи, эндокринологи и др.).

У всех операции выполняли из минилапаротомии длиной 5-6 см с использованием специальных ранорасширителей и осветительной системы, которые обеспечивали выполнение всех этапов операции под визуальным контролем. У большинства холецистэктомии удалось выполнить от шейки и лишь у 16 – от два (10%). У 8 больных, у которых до операции на УЗИ обнаруживалась инфильтрация вокруг пузыря или наличие выпота, возникла необходимость в расширении операционной раны и только затем была выполнена холецистэктомия.

У 12 больных (7,5%) после холецистэктомии произведена холедохотомия, конкременты удалены из холедоха и у 10 из них осуществлено наружное дренирование холедоха по Керу у 6, а у 4 – по Вишневному, а у двух наложен холедоходуоденоанастомоз., так как после удаления мелких и замаскообразных конкрементов не было уверенности в полном разрешении проходимости холедоха. Все эти этапы удалось выполнить из минилапаротомного доступа. Подпеченочное пространство дренировано. К концу операции у 58 больных в круглую связку печени фиксирован микроирригатор для введения антибиотиков с лимфотропной смесью (гепарин 70 ед на кг веса,

лидаза 12 ед, тактивин 1 мл и новокаин 0,5% (15-20 мл) 2 раза в сутки.

В момент операции осложнений не возникало. В послеоперационном периоде особое внимание, учитывая возраст больных и тяжесть состояния, уделяли ранней активизации больных и профилактике осложнений. Больные получали инфузионную терапию, обезболивающие и противовоспалительные средства. Дыхательную гимнастику проводили сразу после выхода из наркоза, повороты туловища и через сутки поднимали больных. Несмотря на все эти меры в послеоперационном периоде у 9 больных (5,6%) возникли осложнения: у 2 – пневмония, у одного – подпеченочный абсцесс, инфильтрат в области послеоперационной раны – у 4, у одного – нагноение раны и у одного – тромбозомболия легочной артерии, которая и явилась причиной смерти.

После операции многократно выполняли УЗИ для оценки состояния ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства. У одного на 5-е сутки после операции обнаружено скопление жидкости в подпеченочном пространстве, под контролем УЗИ произведена пункция, получена гнойная жидкость, подпеченочное пространство дренировано, наступило выздоровление. При выявлении пневмонии назначали традиционное лечение, при возникновении инфильтрата в области раны больные получали лазерное облучение 4-5 сеансов, а при нагноении раны осуществляли местное лечение с применением озонированных растворов, озонированного масла.

Умер один больной, у которого на 5 сутки внезапно возник тромбоз легочной артерии. Таким образом, наши наблюдения показали возможность выполнения операции при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста из минилапаротомного доступа с учетом общего состояния больных, соблюдением техники операции и активного ведения послеоперационного периода.

Переход на конверсию отмечен у 8 больных, что составило 5%. При выявлении широкой зоны инфильтрации в области желчного пузыря и наличии перивезикулярного абсцесса операцию из минилапаротомного доступа выполнить затруднительно, в таких случаях целесообразно использовать более широкий доступ. Результаты наших наблюдений не уступают данным, полученным авторами, которые используют лапароскопическую холецистэктомию у пожилых.

Литература.

1. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит П.С. Ветшев Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. - № 1 – С. 16-23.

2. Дадвани С.А. Желчнокаменная болезнь. С.А. Дадвани, П.С. Вепшев, А.М. Шулушко. – М.: ВИДАР, 2000. – 140 с.
3. Курбанов Ф.С. Холецистэктомия из лапароскопического доступа у больных старшего возраста. Ф.С. Курбанов, С.Ф. Аббасова, Ю.Г. Адиев. Хирургия. – 2012. – № 9. – С. 38-41.
4. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных с желчнокаменной болезнью. М.И. Прудков. Хирургия. – 1997. – № 3. – С. 43-45.
5. Харламов Б.В. Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук Б.В. Харламов. – М., 2007. – 24 с.
6. Шалимов А.А. Альтернатива в хирургическом лечении желчнокаменной болезни. А.А. Шалимов, В.М. Копчак, А.И. Дронов. Современные технологии в абдоминальной хирургии. – М.: РНЦХ РАМН, 2001. – С. 74-75.
7. Daou R. Cholecystectomy using a minilaparotomy. R. Daou. Am. Chir. – 1998. – Vol. 52, # 7. – P. 625-628.

Minilaparotomy in surgical treatment of acute cholecystitis in the middle and senile aged patients

U. Musaev, A. Toktosunov

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Municipal clinical hospital # 1, Bishkek city, Kyrgyz
Republic

Summary: The results of surgical treatment in 160 patients of middle and senile age with acute cholecystitis, whom cholecystectomy in minilaparotomy has been fulfilled are presented. Complications were in 9 (5.6%) patients. One patient died (0.6%).

Key words: gallbladder, acute cholecystitis, minilaparotomy, results.



УДК 617.55-089;616.366-002

ПРИНЦИПЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Оморов Р.А., Мусаев У.С.

Кыргызская Государственная медицинская
академия им. И.К.Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек,
Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты оперативного лечения 85 больных с постхолецистэктомическим синдромом, которые были оперированы. Осложнения после операции отмечены у 6 (7,1%), летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, диагностика, оперативное лечение.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИКАЛЫК СИНДРОМУ ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ПРИНЦИПТЕРИ

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттин
медициналык академиясы, №1 Шаардык
клиникалык оорукана, Кыргыз Республикасы,
Бишкек шаары.

Операция жолу менен от баштыкчалары алынып салынган 85 оорулууну перация жолу менен дарылоону жыйынтыктары берилди. Операциядан кийин алардын алтоосунда (7,1) кабылдап кети байкалган, ошунга алып келген учур болгон жок.

Негизги сөздөр: оттогу таш оорусу, кабылдап кетуу, дарт аныктоо, операция жолу менен дарылоо.

Введение. После выполненной операции – удаление желчного пузыря по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) у 7-10% [1,2]

больных в отдаленные сроки возникает болевой синдром, диспептические явления, иногда после приступа болей появляется кратковременная желтуха, снижение трудоспособности. Эти проявления большинство исследователей объединяют в диагноз «постхолецистэктомический синдром» [3,4]. При возникновении этих симптомов больные нуждаются в детальном обследовании, чтобы выявить, чем они обусловлены: функциональными нарушениями или органическими, нарушающими отток желчи [4,5,6] и от решения этого вопроса зависит дальнейшая тактика в лечении.

Цель исследования: выявить характер осложнений после холецистэктомии и выполнить адекватное лечение.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 132 больных, которые поступили в хирургические отделения Городской клинической больницы № 1, г. Бишкек с 2006 по 2011 год с диагнозом «постхолецистэктомический синдром». В результате обследования у 85 больных выявлены органические осложнения желчных протоков, которые нуждались в оперативном лечении.

Почти в равном числе наблюдений поступали мужчины и женщины (41 и 44), возраст колебался от 34 до 70 лет. В прошлом перенесли операцию холецистэктомии – 71, 11 - холецистэктомии и холедохотомии с наружным дренированием, а 3 - холецистэктомии в сочетании с холедохоеюноанастомозом. Большинство (73 чел.) оперированы по поводу острого калькулезного холецистита. Болевой синдром и диспептические явления появились в различные сроки после операции (6 дней более двух лет).

При поступлении уделяли внимание жалобам больных, срокам, прошедшим после операции, ознакомлению с историей болезни первой операции и выполняли исследования для определения характера осложнения: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная и магнитно-резонансная томография, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта и по показаниям чрескожная, чреспеченочная холангиография, биохимические показатели функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение. На основании выполненных исследований у 69 (52,3%) обнаружен холедохолитиаз, у 6 (4,5%) холедохолитиаз сочетался со стриктурой холедоха, только стриктура выявлена у 5 (3,8%), стенозирование ранее выполненного холедохоеюноанастомоза у 3 (2,3%) и опухление культи пузырного протока у 2 (1,5%). Все они нуждались в оперативном лечении, так как у

38 заболевание осложнено механической желтухой, еще у 33 после приступообразных болей наблюдалась быстро проходящая желтуха, а у остальных почти постоянные боли, ведущие к снижению трудоспособности больных. Все они неоднократно ранее получали медикаментозное лечение, но эффект был кратковременный.

Ознакомление с первой историей болезни и ходом операции показало, что большинство из больных (37 чел.) длительное время страдали ЖКБ, но на оперативное лечение решились лишь при остром воспалении желчного пузыря. В момент операции ревизия желчных путей осуществлялась в неполном объеме и основывалась на осмотре, пальпации и зондировании холедоха. Холедохоскопия выполнена у 5 и лишь у 3 – интраоперационная холангиография. На наш взгляд, в настоящее время нельзя еще отказываться от интраоперационной холангиографии, пока не располагаем более информативными методами исследования в момент операции.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием и к выбору операции подходили строго индивидуально. При рецидивных и резидуальных конкрементах холедоха, если были одиночные конкременты, то выполняли холедохотомию, извлечение конкремента (29 чел.) и дренирование протока по Керу у 20 чел. и по Вишневному – у 9 больных. Это обеспечивало проходимость холедоха и разгрузку желчных протоков. При опухении культи пузырного протока, при наличии в нем конкрементов, удаляли культю, но холедох не дренировали. В этом не было необходимости.

При наличии мелких, замазкообразных конкрементов в холедохе его просвет тщательно промывали и выполняли билиодигестивные анастомозы, чаще холедоходуоденоанастомоз (48 чел.), а если имелось подозрение на дуоденостаз (обширный спаечный процесс вокруг двенадцатиперстной кишки, расширение ее просвета), то использовали холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

У 7 больных при ревизии в момент операции была выявлена непроходимость желчных протоков, которая обусловлена повреждением желчных протоков в момент первой операции. У 4 из них выполнен гепатикоеюноанастомоз без каркасного дренирования, а у 3 – бигепатикоеюноанастомоз с транспеченочным дренированием, так как имело место наличие стриктуры -1, -2 по Э.И. Гальперину. Каркасное дренирование имеет ряд недостатков: нередко закупорка дренажа, необходимость промывания дренажей или их замена, снижение

трудоспособности и др. Каркасное дренирование мы использовали только в крайних случаях.

У 3 больных со стенозом холедохосюноанастомоза выполнили реконструкцию анастомоза, направленную на расширение просвета и обеспечение достаточной проходимости.

При наложении холедоходуодено- и холедохосюноанастомоза всегда осуществляли микродренирование выше анастомоза и через этот дренаж орошали желчные протоки физиологическим озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а при транспеченочном дренировании промывание дренажей выполняли этим же раствором. При тяжелой степени эндотоксикоза осуществляли и общую озонотерапию (ежедневно вводили внутривенно озонированный раствор по 400 мл, но с концентрацией озона 3-4 мкг/мл на протяжении 4-5 дней). Озонированный раствор обладает мощным бактерицидным, антивирусным, иммунокорректирующим действием и благотворно влияет на течение послеоперационного периода.

После операции больные получали массивную инфузионную терапию, гепатопротекторы и антибиотики – в основном цефалоспорины II-III поколения. Состояние больных постепенно улучшалось, уменьшалась желтушность кожных покровов, нормализовалась температура на 2-3 сутки, явления стойкого пареза кишечника не наблюдали.

Осложнения после операции имели место у 6 больных (7,1%). У двух после холедоходуоденоанастомоза на 4 сутки через страховые дренажи стало выделяться дуоденальное содержимое, но перитонеальных признаков не было и при УЗИ скопления жидкости в брюшной полости не выявлено, поэтому повторная операция не выполнялась, дренажи обеспечивали отток отделяемого. Постепенно состояние больных улучшалось, выделения из дренажей уменьшились, а затем прекратились. Дренажи удалены, больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У одной больной послеоперационное течение осложнилось пневмонией. Были назначены дополнительно медикаментозные средства и состояние постепенно улучшалось. Выписаны в хорошем состоянии. Еще у двух имел место инфильтрат в области операционной раны, а у одной – нагноение раны. Дополнительно было назначено физиотерапевтическое лечение. Летальных исходов не было.

Таким образом, наши наблюдения показали, что при комплексном обследовании больных можно выявить характер осложнения после холецистэктомии и с учетом выявленных нарушений

выполнить адекватную операцию и добиться выздоровления.

Выводы:

1. Возникновение постхолецистэктомического синдрома обусловлено многими причинами, но основной является недостаточно полное обследование желчных путей в момент операции.
2. Интраоперационная холангиография не потеряла своего значения и должна применяться при ЖКБ, что позволит снизить частоту резидуального холедохолитиаза.
3. Выбор метода дренирования желчных путей должен базироваться на выявленных нарушениях

Литература

1. Диагностика и принципы лечения постхолецистэктомического синдрома / К.Б. Курмангалиев, Н.Б. Аябасов, С.Ш. Жанильдинов и др. // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. - № 1. – С.66-67.
2. Никуленков С.Ю., Постхолецистэктомический синдром в свете отдаленных результатов лечения холецистита, осложненного холедохолитиазом и папиллостазом / С.Ю. Никуленков, Н.Г. Биричевский, В.М. Корнев // Альманах Института хирургии им. Вишневского. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 65-66.
3. Ревякин В.И. Холедохолитиаз после хирургических и рентгенэндоскопических вмешательств на билиарной системе / В.И. Ревякин, О.В.Черниченко // Эндоскопическая хирургия. – 2000. - № 2. – С. 33-35.
4. Результаты хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза / М.А. Сейсембаев, Б.Б. Баймаханов, Н.Е. Ромазанов и др. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 73-74.
5. Schein C.J. Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy / C.J. Schein, M.L. Gliedman // Am. J. Surg., Gynec., Obstet. – 1994. – Vol. 146, # 7. – P. 403-410.
6. Tobaldi F. Calcolosi biliare seconaria considerazioni trattamento / F. Tobaldi // Chir. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 24, # 1. – P. 29-34.

Principles of postcholecystectomy syndrome surgical treatment

R.A.Omorov, U.S.Musaev

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy,
municipal clinical
hospital #1,
Bishkek city, Kyrghyz Republic.

Summary: The results of surgical treatment of 85 patients with postcholecystectomy syndrome are presented in the article. All these patients were operated. Complications after surgical treatment were in 6 (7.1%) patients. There were no lethal outcomes.

Key words: cholelithiasis, complications, diagnosis, surgical treatment.



Республиканский центр укрепления здоровья МЗ КР

Отчет

о проведении анкетирования по определению доступности мигрантов к медицинским услугам.

Содержание

1. Предисловие
2. Методология проведения анкетирования
3. Результаты анкетирования
4. Заключение

1. Предисловие

Проблема миграции затрагивает важные сферы жизнедеятельности Кыргызстана и оказывает значительное влияние на социально-экономическое развитие страны. Объемы и направления внутренней миграции носят стихийный характер и определяются уровнем развития регионов, низкий показатель которых привел к резкому увеличению миграционных потоков. Факторами увеличения объемов перемещений населения являются высокий уровень безработицы в сельской местности, отсутствие должной инфраструктуры, низкий уровень медицинских и образовательных услуг, недостаточная социальная защита. Основными характеристиками развития внутренней миграции в Кыргызстане являются: беспрецедентный рост ее масштабов, преобладание межобластных перемещений населения над внутриобластными; ярко выраженная направленность миграционных потоков из сельских районов в города. Основные «центры притяжения» внутренних мигрантов являются города Бишкек, Ош и Чуйская область; в последнее десятилетие их население растет преимущественно за счет переселенцев из других областей.

В настоящее время официальная статистика не в полной мере учитывает количество перемещающихся лиц. Фактическое число переселенцев значительно больше статистических данных. Отсутствие точных сведений о числе внутренних и внешних мигрантов затрудняет принятие правильных решений в ходе разработки и реализации миграционной политики. Люди, живущие без регистрации, не могут в полной мере реализовать свои права. Ограниченный доступ к получению медицинских услуг приводит к росту заболеваемости и усложняет эпидемиологическую обстановку по ряду инфекционных заболеваний, в том числе и по туберкулезу.

2. Методология проведения анкетирования

С целью определения доступности мигрантов к медицинским услугам проведено выборочное анкетирование в городах Бишкек, Ош, Чуйской области (Аламединский, Сокулукский районы).

Для получения более подробной информации были определены следующие целевые группы:

- Женщины от 19 до 60 лет и старше
- Мужчины от 19 до 60 лет и старше

Анкетирование мигрантов проводилось в г.Бишкек специалистами РЦУЗ, КУЗ ЦСМ, в г. Ош специалистами Южного филиала РЦУЗ

Период проведения анкетирования: с 3 по 13 августа 2012 года

Язык проведения: русский.

В г.Бишкек анкетирование мигрантов проводилось на 4 рынках и в 5 новостройках, что составило 348 и 617 респондентов соответственно.

В г.Ош анкетирование мигрантов населения проводилось в микрорайонах г.Ош, в которых проживает большее количество мигрантов. Анкетированием охвачено 400 респондентов.

Анкетирование мигрантов в Чуйской области проводилось в 2 селах Аламединского и 2 селах Сокулукского районов и составило 353 респондента

3. Результаты анкетирования

3.1. Общие данные

В результате анкетирования всего было опрошено 1718 респондентов, из них 698 (41%) мужчин и 1020 (59%) женщин

Таблица 1.

Количество респондентов

№	Респонденты	всего	мужчины	женщины
	Рынки г.Бишкек			
1.	Дордой	100	39	61
	Ошский	100	42	58
	Аламединский	99	26	73
	Ортосайский	49	15	34
		348	122	226
2.	Новостройки г.Бишкек			
	Арча-Бешик	208	96	112
	Бакай-Ата	68	16	52
	Учкун	73	23	50
	Рухий-Ордо	68	28	40
	Ала-Арча	200	114	86
		617	277	340
3.	Чуйская область			
	Аламединский район			
	С.Озерное	97	42	55
	с.Васильевка	64	30	34
	Сокулукский район			
	Новопокровка	92	20	72
	Военно-Антоновка	100	28	72
		353	120	233
4.	г.Ош			
	Ак-тилек	100	35	65
	Керме-Тоо	100	39	61
	Манас	100	44	56
	Анар	100	61	39
		400	179	221
	Итого	1718	698	1020

3.2. Анкетирование мигрантов

Результаты анкетирования мигрантов приведены в таблицах.

Вопрос 3. Откуда Вы прибыли?

Ответы респондентов приведены в таблице 2 и диаграмме 1.

Таблица 2.

Проживание мигрантов по основному месту жительства (откуда прибыл)

Откуда прибыли	общее количество	м	%	ж	%
Нарын	272	125	7%	147	9%
Талас	154	58	3%	96	6%
Иссыкуль	138	53	3%	85	5%
Чуй	146	40	2%	106	6%
Ош	242	104	6%	138	8%
Жалал-абад	172	66	4%	106	6%
Баткен	88	37	2%	51	3%
Казахстан,Россия	7	3	0%	4	0%
Таджикистан	90	39	2%	51	3%
Узбекистан	9	4	0%	5	0%
Араванский	54	27	2%	27	2%
Ноокатский	37	15	1%	22	1%
Узгенский	48	25	1%	23	1%
Алайский	115	50	3%	65	4%
Кызыл-Кия	23	8	0%	15	1%
Баткенкая обл.	17	7	0%	10	1%
Карасуйский	35	14	1%	21	1%
Жала-абадская обл.	13	5	0%	8	0%
Кара-кульжинский	58	18	1%	40	2%
	1718	698	41%	1020	59%

Наибольшее количество мигрантов прибыло из Нарынской и Ошской областей. Мигранты из Таджикистана и Узбекистана наблюдались только в Чуйской области. В г.Ош работают мигранты из Ошской, Жалал-абадской и Баткенской областей. Мигранты из России и Казахстана отмечены на рынках и в новостройках г.Бишкек.

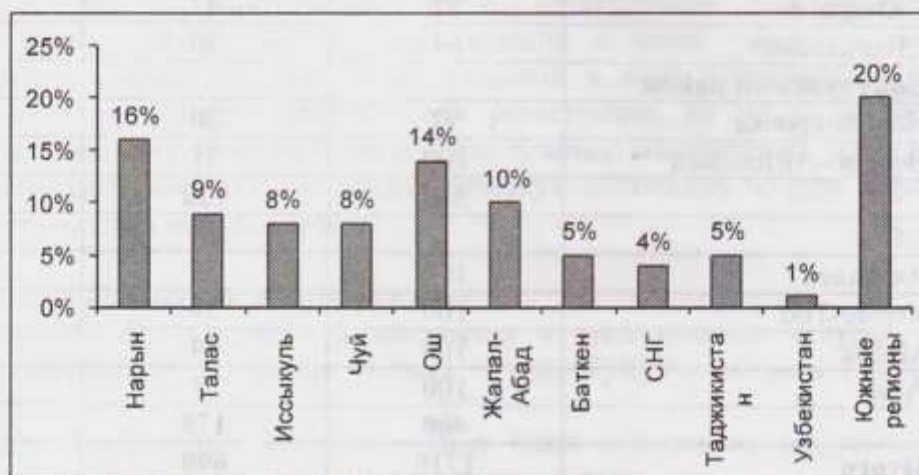
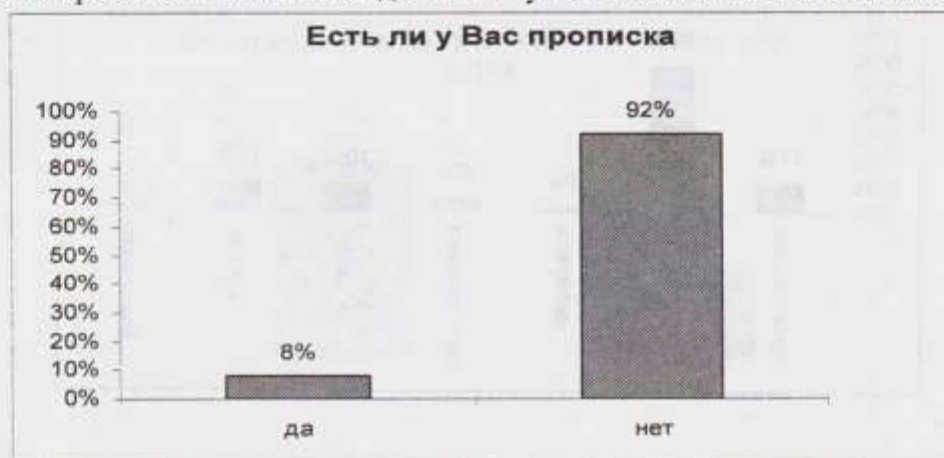


Диаграмма 1. Проживание мигрантов по основному месту жительства.

Вопрос 4. Есть ли у Вас прописка/регистрация?

Из общего числа опрошенных, имеют прописку 142 респондента (8%) среди мигрантов рынков и новостроек г.Бишкек. Респонденты из Чуйской области и г.Ош не имеют прописки.

**Вопрос 5. Адрес Вашего временного проживания**

Большинство мигрантов проживали в местах проведения анкетирования. Некоторые мигранты отказывались отвечать на данный вопрос.

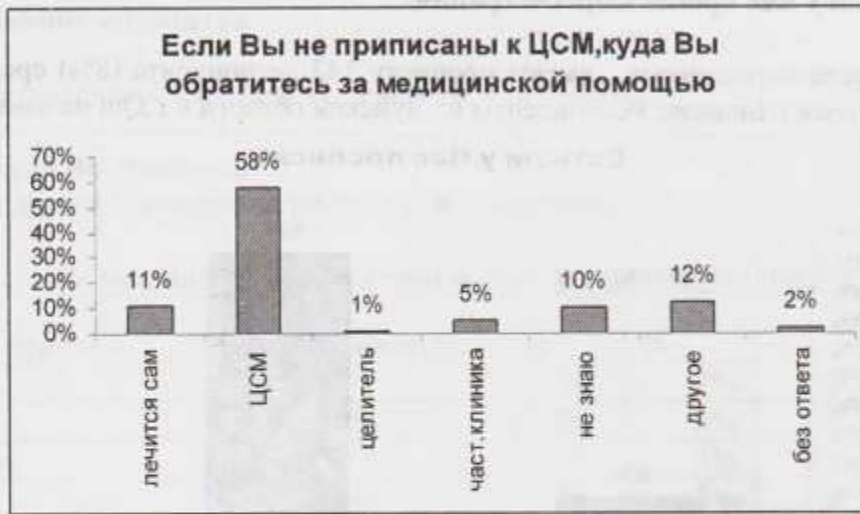
Вопрос 6. Приписаны ли Вы к ЦСМ по месту Вашего временного проживания?

Как показывают данные анкетирования, 525 (30%) респондентов приписаны к ЦСМ по месту временного проживания. Больше всего приписано мигрантов в г.Ош – 147 (37%) респондентов, меньше всего мигрантов - на рынках г.Бишкек 59(17%).

**Вопрос 7. Если не приписаны к ЦСМ, куда Вы обращаетесь за медицинской помощью?**

Из числа респондентов 1193(70%), не приписанных к ЦСМ, 695(58%) респондентов отметили, что в случае необходимости они будут обращаться в ЦСМ. Обратятся в частную клинику 65(5%) респондентов, пойдут к целителю 10(1%) респондентов. Не знают, куда обращаться за медицинской помощью 125 (10%) респондентов. Не ответили на данный вопрос 22(2%) респондента.

Ответ «другое» отметили 148 (12%) респондентов, указав в ответах, что они обратятся к друзьям, родственникам, у которых есть знакомые врачи.



Вопрос 8. Приходилось ли Вам обращаться за медицинской помощью в ЦСМ/ГСВ по месту Вашего временного проживания?

Из общего числа опрошенных, обращаются за медицинской помощью 778(45%) респондентов. Больше всего обращаются за медицинской помощью мигранты из Чуйской области – 191(54%).



Вопрос 9. По какому поводу Вы обращались в ЦСМ по месту Вашего временного проживания?

Большинство респондентов 364 (46%) обращаются в ЦСМ по поводу заболеваемости, включая заболевания как взрослых, так и детей. 180(23%) респондентов обращаются по поводу беременности и 205(26%) респондентов обращаются в ЦСМ по поводу учета детей для наблюдения и получения профилактических прививок.

29(4%) респондентов отметили ответ «другое», имея в виду, что они обращаются в ЦСМ, когда им необходима справка о прохождении профосмотра для устройства на работу.



Вопрос 10. Испытывали Вы трудности при обращении за медицинской помощью?

535(69%) респондентов отметили, что они испытывали трудности при обращении за медицинской помощью (перенаправление, отказ из-за отсутствия прописки, большие очереди, недостаток денег на лечение и др.)



Вопрос 11. Приходилось ли Вам оплачивать услуги при обращении в ЦСМ?

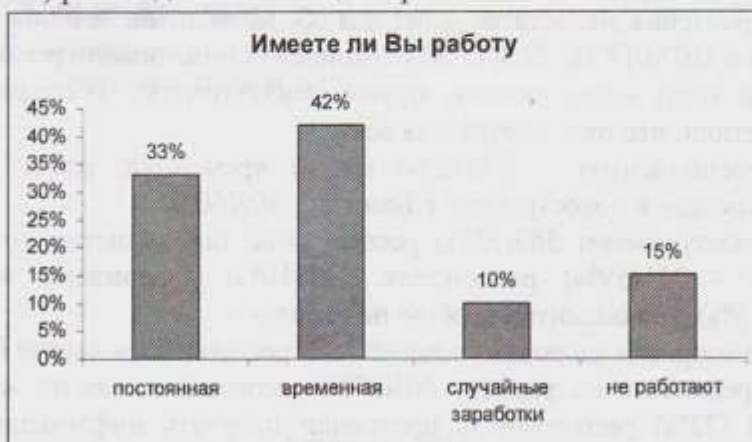
Оплачивали услуги при обращении в ЦСМ 568 (73%) респондентов: взятие на учет, консультацию, прием, лабораторные обследования. Некоторые респонденты на данный вопрос ответили «за все».



Вопрос 12. Имеете ли Вы работу?

Большинство респондентов – 728(42%) имеют временную работу. В основном, это мигранты, проживающие в новостройках г.Бишкек - 369(60%)

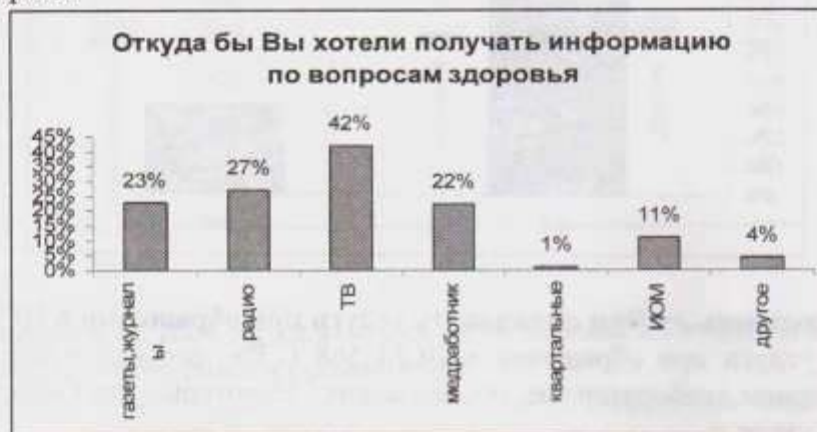
Постоянную работу имеют 563(33%) респондента, большинство которых работают на рынках г.Бишкек - 241(59%) респондент. 181(10%) респондент занимаются случайными заработками. 246(15%) респондентов вообще не работают.



Вопрос 13. Откуда бы вы хотели получить информацию по вопросам здоровья?

Как показывают данные анкетирования 735(42%) респондентов хотели бы получать информацию по вопросам здоровья по телевидению, 463(27%) респондентов – через радио, 388 (22%) респондентов от медицинских работников.

406 (23%) предпочли бы получать информацию из газет, 185(11%) респондентов читать информационный материал (брошюры, буклеты, памятки). 27 (1%) респондентов пожелали узнавать информацию от квартальных и активистов. 62(4%) респондента отметили «другое», указывая на интернет.



4. Заключение

Результаты анкетирования показывают, что наибольшее количество мигрантов прибыло из Нарынской и Ошской областях. Мигранты из Таджикистана и Узбекистана наблюдались только в Чуйской области. В г.Ош работают мигранты из Ошской, Жалал-абадской и Баткенской областей. Мигранты из России и Казахстана отмечены на рынках и в новостройках г.Бишкек.

Имеют прописку только 142 респондента (8%) среди мигрантов рынков и новостроек г.Бишкек. Респонденты из Чуйской области и г.Ош не имеют прописки.

Приписаны к ЦСМ по месту временного проживания всего 525(30%) респондентов.

Больше всего приписано мигрантов в г.Ош – 147 (37%) респондентов, меньше всего мигрантов - на рынках г.Бишкек 59(17%).

Обращаются за медицинской помощью в ЦСМ/ГСВ 778 (45%) респондентов. 364(46%) обращаются в ЦСМ по поводу заболеваемости, включая заболевания как взрослых, так и детей.180(23%) респондентов обращаются по поводу беременности и 205(26%) респондентов обращаются в ЦСМ по поводу учета детей для наблюдения и получения профилактических прививок.

Из 778 (45%) обратившихся в ЦСМ/ГСВ за медицинской помощью 535 (69%) респондентов отметили, что основным препятствием доступа мигрантов к медицинским является отсутствие прописки, перенаправления, недостаток денег для обследования и лечения.

При обращении в ЦСМ/ГСВ, 568(73%) респондента оплачивают различные медицинские услуги (взятие на учет, консультация, прием, лабораторные обследования). Некоторые респонденты отметили, что они платят «за все».

Большинство респондентов – 728(42%) имеют временную работу. В основном, это мигранты, проживающие в новостройках г.Бишкек - 369(60%)

Постоянную работу имеют 563(33%) респондента, большинство которых работают на рынках г.Бишкек - 241(59%) респондент. 181(10%) респондент заняты случайными заработками.246(15%) респондентов вообще не работают.

Информацию по вопросам здоровья большинство респондентов хотели бы получать из СМИ - по ТВ 735(42%) респондентов, радио - 463(27%) респондента, газеты, журналы – 406 (23%) респондентов. 388 (22%) респондентов предпочли получать информацию от медицинских работников, а 185(11%) респондентов читать информационный материал (брошюры, буклеты, памятки).

Анализ нормативной правовой базы, регулирующей вопросы оказания медицинской противотуберкулезной помощи в Кыргызской Республике для внутренних и внешних мигрантов

Проведен рабочей группой, созданной в рамках Проекта TB REACH при НЦФ МЗ КР:

1. Кан А.А., руководитель группы
2. Маматов С.М., д.м.н., профессор
3. Бейсембаев А.А., к.м.н., доцент
4. Ахметова Р.Х, врач-фтизиатр
5. Шевчук С.В., юрист
6. Мамырбаева Салтанат, НОКП КР

Список используемых сокращений

Бактериовыделители - больные, выделяющие возбудителя заболевания в окружающую среду;

БЦЖ - ослабленный штамм туберкулезного микроба, применяемый в качестве вакцины;

Вакцины - препараты из ослабленных живых или убитых микроорганизмов, продуктов их жизнедеятельности, а также из отдельных компонентов микробной клетки. Вакцины применяются для повышения специфической сопротивляемости людей и животных к инфекционным болезням и для лечения некоторых из этих болезней;

Вакцинация - метод создания активного иммунитета с целью профилактики инфекционных заболеваний;

Ревакцинация - повторное введение человеку или животному вакцины для восстановления утраченной невосприимчивости или для создания более напряженного уровня иммунитета к какому-либо инфекционному заболеванию или их группе;

Микобактерии туберкулеза - микроорганизмы - возбудители туберкулеза;

Туберкулинодиагностика - метод исследования больного для распознавания заболевания с помощью туберкулина - препарата, применяемого для диагностики туберкулеза.

Иммигрант - лицо, являющееся иностранным гражданином или лицом без гражданства, въезжающее в Кыргызскую Республику на законных основаниях с целью постоянного жительства.

Иммиграция - въезд иностранных граждан или лиц без гражданства в Кыргызскую Республику на постоянное жительство.

Иностраный гражданин - лицо, не являющееся гражданином Кыргызской Республики и имеющее доказательства своей принадлежности к гражданству какого-либо иностранного государства.

Лицо без гражданства - лицо, не являющееся гражданином Кыргызской Республики и не имеющее доказательств своей принадлежности к гражданству какого-либо иностранного государства.

Миграция - перемещение физических лиц по различным причинам из Кыргызской Республики в другие государства и из других государств в Кыргызскую Республику, а также в пределах территории Кыргызской Республики в целях постоянного или временного изменения места жительства.

Транзитная миграция - перемещение через территорию Кыргызской Республики иностранных граждан и лиц без гражданства на территорию другого государства.

Трудовая миграция - добровольное перемещение на законном основании физических лиц, постоянно проживающих на территории Кыргызской Республики, за пределы Кыргызской Республики, а также иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих вне пределов Кыргызской Республики и прибывающих на территорию Кыргызской Республики с целью осуществления ими оплачиваемой временной или постоянной трудовой деятельности.

Эмигрант - гражданин Кыргызской Республики, выезжающий за пределы Кыргызской Республики на территорию другого государства с целью постоянного жительства.

Эмиграция - выезд граждан Кыргызской Республики за пределы Кыргызской Республики на территорию другого государства с целью постоянного жительства.

Внутренняя миграция - перемещение граждан Кыргызской Республики по различным причинам в пределах Кыргызской Республики в целях постоянного или временного изменения места жительства;

Внутренний мигрант - гражданин Кыргызской Республики, переместившийся, по различным причинам с одной местности в другую в пределах КР в целях постоянного или временного изменения места жительства;

Вынужденная миграция - перемещение граждан в пределах Кыргызской Республики в силу обстоятельств, представляющих угрозу для их жизни, здоровья и безопасности, таких, как вооруженный конфликт, массовые беспорядки, стихийное бедствие, резкое ухудшение окружающей среды, катастрофа экологического и техногенного характера и другие аварии и катастрофы, вызванные деятельностью человека;

Вынужденный мигрант - гражданин Кыргызской Республики, вынужденный покинуть место своего жительства и переместиться в другую местность в пределах Кыргызской Республики в силу обстоятельств, представляющих угрозу для его жизни, здоровья и безопасности, таких, как вооруженный конфликт, массовые беспорядки, стихийное бедствие, резкое ухудшение окружающей среды, катастрофа экологического и техногенного характера и другие аварии и катастрофы, вызванные деятельностью человека на территории Кыргызской Республики;

Место пребывания - место, где гражданин Кыргызской Республики временно проживает;

Внешняя трудовая миграция - добровольный выезд на законном основании граждан Кыргызской Республики за ее пределы, а также въезд иностранных граждан и лиц без гражданства на территорию Кыргызской Республики с целью осуществления ими трудовой деятельности.

Маятниковая (приграничная) трудовая миграция - регулярный выезд граждан Кыргызской Республики на территорию сопредельного государства и въезд граждан сопредельного государства на территорию Кыргызской Республики в целях осуществления трудовой деятельности при условии постоянного проживания на территории государства выезда.

Введение.

Туберкулез входит в перечень социально значимых заболеваний. Как показывает практика, успех борьбы с социальными заболеваниями напрямую зависит от качества нормативной базы, насколько четко она регламентирует круг субъектов, имеющих право на получение социальной помощи, распределяет обязанности между государственными органами, призванными оказывать социальную помощь, а также от того, каким образом обеспечивается финансовая поддержка оказываемых услуг.

Международный опыт показывает, эффективность лечения больных туберкулезом, зависит от медицинской помощи и социально-психологической поддержки больных на всех этапах лечения. При этом большую роль играет доступ больного к качественным медицинским услугам, не зависимо от места его проживания. Хотя данный анализ нацелен на изучение законодательной базы, поддерживающей оказание медицинской помощи мигрантам, в данном разделе также дается краткая справка по нормативной правовой базе здравоохранения по оказанию помощи больным туберкулезом в государственных организациях здравоохранения.

Статья 47 Конституции Кыргызской Республики от 27 июня 2010 года определяет:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.
2. Государство создает условия для медицинского обслуживания каждого и принимает меры по развитию государственного, муниципального и частного секторов здравоохранения.
3. Бесплатное медицинское обслуживание, а также медицинское обслуживание на льготных условиях осуществляется в объеме государственных гарантий, предусмотренных законом.
4. Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет установленную законом ответственность.

Нормы, ограничивающей право гражданина на получение медицинской помощи в зависимости от места его жительства, место его регистрации в Конституции Кыргызской Республики не прописаны.

В тоже время большая группа нормативных актов, ведомственных актов «привязывают» вопрос получения медицинской помощи к месту регистрации гражданина Кыргызской Республики, что влечет за собой ограничение в правах.

1. Цель исследования.

Целью данного исследования является проведение анализа нормативной правовой базы на предмет оказания медицинской помощи гражданам Кыргызстана больным туберкулезом, изучение прав и обязанностей государственных органов по данному вопросу, выявление барьеров, препятствующих оказанию и получению качественной медицинской помощи.

В настоящем анализе нормативной правовой базы, регулирующей вопросы медицинской помощи, используются формулировки и термины, соответствующие законодательству Кыргызской Республики.

2. Обзор нормативной правовой базы.

Достижение общего качества оказания медико-социальной помощи зависит от многих, в том числе следующих основных факторов:

- насколько эффективно нормативная правовая база регулирует все направления ее оказания;
- имеются ли в ней противоречия или отдельные недостаточно отрегулированные элементы, имеющие отношение к вопросам медико-социальной помощи.

При этом большое количество нормативных правовых актов не всегда является положительным элементом.

Данный анализ не ставит перед собой задачу изучения всех направлений медицинской помощи. Основным вопросом изучения является доступность получения оказания помощи больным с туберкулезной инфекцией вне места их постоянного жительства (прописки).

В этих целях был проведен анализ следующей нормативно-правовой базы Кыргызской Республики:

- Конституция КР от 27 июня 2010 года
- Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года N 65
- Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6
- Закон Кыргызской Республики «О внешней миграции» от 17 июля 2000 года N 61
- Закон Кыргызской Республики «О внутренней миграции» от 30 июля 2002 года N 133
- Закон Кыргызской Республики «О внешней трудовой миграции» от 13 января 2006 года N 4
- постановление Правительства КР от 31 мая 1999 года N 294 "Об утверждении Перечня работ, на которые не допускаются больные туберкулезом"
- Закон Кыргызской Республики «О присоединении Кыргызской Республики к Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей от 18 декабря 1990 года» от 15 апреля 2003 года N 80
- «Конвенция о правовом статусе трудящихся-мигрантов и членов их семей государств – участников Содружества Независимых Государств» ратифицирована Законом КР от 26 ноября 2009 года N 305 от 14 ноября 2008 года
- «Концепция государственной миграционной политики Кыргызской Республики до 2010 года» утверждена Указом Президента Кыргызской Республики от 30 апреля 2004 года N 151
- «Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей» Кыргызская Республика присоединилась Законом КР от 15 апреля 2003 года N 80
- «Соглашение между Правительством Кыргызской Республики и Международной Организацией по Миграции о сотрудничестве в области миграции» от 9 февраля 1998 года, ратифицировано Законом КР от 15 апреля 2003 года N 81 г.Бишкек
- Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «О внедрении и реализации проекта "Снижение влияния туберкулеза в Кыргызстане среди людей, имеющих ограниченный доступ к услугам - внутренние и внешние мигранты" от 7 февраля 2012 года N 53»
- Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «О внедрении пилотного проекта по амбулаторному лечению больных туберкулезом в Ысык-Атинском районе Чуйской области» от 4 апреля 2012 года N 160
- Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики «Об усилении приверженности к лечению туберкулезных больных, находящихся на амбулаторной фазе лечения» от 15 июня 2011 года N 304

- Положение о Страновом координационном комитете по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 6 октября 2011 года N 617

- Постановление Правительства Кыргызской Республики «О неотложных мерах по предупреждению заболеваемости туберкулезом в республике» от 16 мая 1995 года N 161

- Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 года, утверждено постановлением Правительства КР от 28 августа 2000 года N 532

- Протокол о механизме реализации Соглашения об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств в части порядка предоставления медицинских услуг от 27 марта 1997 года, утвержден постановлением Правительства КР от 21 мая 2002 года N 329

3. Противотуберкулезная помощь.

3.1 Общие вопросы противотуберкулезной помощи населению.

На территории Кыргызской Республики основным нормативным актом регулирующим вопросы борьбы с туберкулезом и оказания медицинской помощи является Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года N 65.

Данный Закон как вводит определенные ограничения для больных туберкулезом лиц, так и льготы для них.

Изучая вопрос ограничений, для лиц больных туберкулезом, необходимо обратить внимание на нормы ограничивающие перемещение таких лиц (миграцию):

- лица, представляющие опасность заражения окружающих туберкулезом, не допускаются к работам, перечень которых утверждается Правительством Кыргызской Республики (постановление Правительства КР от 31 мая 1999 года N 294 "Об утверждении Перечня работ, на которые не допускаются больные туберкулезом") (статья 11 Закона).

- не допускается вселение больных заразными формами туберкулеза в общежития и коммунальные квартиры (статья 11 Закона).

Согласно статьи 20 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6 программа государственных гарантий определяет объем, виды и условия оказания медико-санитарной помощи бесплатно и на льготных условиях, в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Постановлением Правительства «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2011 год» от 1 июля 2011 года N 350 утверждена - Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2011 год. Данная программа действует и на 2012 год.

Согласно пункта 5 данной программы:

Условием предоставления бесплатной и льготной медико-санитарной помощи в рамках ПГГ является наличие документа, удостоверяющего право на льготы, а также направления на лабораторно-диагностические исследования, госпитализацию в стационар специалистов:

- группы семейных врачей (далее - ГСВ), врачей общей практики;
- центров семейной медицины (далее - ЦСМ);
- центров общеврачебной практики (далее - ЦОВП);
- специалистов ведомственной медицинской службы;
- специалистов врачебно-военной комиссии;
- консультативно-диагностических отделений стационаров (далее КДО);
- амбулаторно-диагностических отделений стационаров областного уровня (далее - АДО).

(В редакции постановления Правительства КР от 12 июня 2012 года N 401)

Согласно пункта 38 Программы государственных гарантий, для больных хроническими заболеваниями, требующими длительного или постоянного применения лекарственных средств, лекарственная помощь предоставляется бесплатно при заболевании - туберкулез.

Раздел II программы определяет, что больные туберкулезом, имеют право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по клиническим показаниям основного заболевания на амбулаторном и стационарном уровнях.

Согласно приложение 3 к Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2011 год норма отпуска лекарственных средств при заболевании туберкулез на 1 больного в год - по потребности.

Статья 11 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года № 65 содержит нормы регулирующие вопросы контроля за перемещающимися гражданами, больными туберкулезом (фактически механизм контроля за миграцией):

Работники медицинских служб органов внутренних дел и уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики обязаны информировать противотуберкулезные диспансеры (отделения, кабинеты) по месту жительства лиц, содержащихся в следственных изоляторах или находящихся в местах лишения свободы:

- о каждом впервые выявленном случае заболевания туберкулезом указанных лиц;
- о больных туберкулезом, освобождающихся из исправительно-трудовых учреждений;
- при оформлении паспорта лицу, прибывшему из исправительно-трудового учреждения, информируют местное противотуберкулезное учреждение о том, что на его территорию прибыл больной туберкулезом и указывают адрес его прописки;
- осуществляют контроль за постановкой на учет в противотуберкулезные диспансеры (отделения, кабинеты) больных туберкулезом, прибывших из исправительно-трудовых учреждений.

3.2 Виды и порядок оказания противотуберкулезной помощи.

Статья 7 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года № 65 определяет виды и порядок оказания противотуберкулезной помощи:

- противотуберкулезная помощь осуществляется в виде комплекса амбулаторно-поликлинических, профилактических и противоэпидемических мероприятий, стационарного и амбулаторного лечения, а также реабилитационных мероприятий (в том числе в условиях санатория) в порядке, определяемом Правительством Кыргызской Республики.

Виды противотуберкулезной помощи, оказываемые противотуберкулезными учреждениями и частнопрактикующими врачами-фтизиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна больным.

Таким образом, государство на уровне Закона четко определяет комплекс мероприятий направленных на противотуберкулезную деятельность, но оговаривает, что в каком порядке будет оказана эта помощь, будет решать Правительство Кыргызской Республики. Данная формулировка дает нам право говорить, что порядок оказания медицинской помощи мигрирующему туберкулезно-больному населению должен определяться на уровне правительства.

3.3 Права и обязанности мигрантов, страдающих туберкулезом, в части получения медицинской помощи.

Права и обязанности лиц, страдающих туберкулезом, необходимо изучить в широком и узком подходе.

Рассматривая данный вопрос в широком подходе необходимо обратить внимание на нижеуказанные моменты.

Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»

определяя в статье 61 общее право граждан на охрану здоровья подчеркивает, что данное право обеспечивается:

- *предоставлением всем гражданам независимо от* пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, *места жительства*, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств равных возможностей в реализации права на получение медико-санитарной и медико-социальной помощи;

- *предоставлением гражданам медико-санитарной помощи на всей территории республики;*

- предоставлением медико-санитарной помощи по Программе государственных гарантий.

При этом отдельно необходимо обратить внимание на предоставление права гражданам возможности свободного выбора семейного врача, врача общей практики, либо лечащего врача. Статья 61 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» определяет право гражданину выбора семейного врача и врача общей практики.

Статья 66 этого же Закона привязывает право семьи на медицинскую помощь *через выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства*, при этом подчеркивая, что медико-санитарная помощь предоставляется членам семьи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий.

Таким образом, для гражданина бесплатная медицинская помощь привязана к семейному врачу и месту жительства.

В тоже время, если провести условную черту разницы между гражданином и пациентом, как это делает Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», то в статье 72 этого же Закона указано:

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

- на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой;

- *на выбор лечащего врача в амбулаторных и стационарных организациях здравоохранения.*

В статье 82 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» право пациента на выбор отражается в следующем порядке

Лечащий врач назначается *по выбору пациента* или руководителя организации здравоохранения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель организации здравоохранения должен содействовать выбору другого врача.

В этой же статье оговаривается случай отказа оказать медицинскую помощь:

- лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом организации здравоохранения от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения.

Вывод: При изучении вопроса оказания медицинской помощи лицам, находящимся в не места их постоянного жительства и больных туберкулезом (в широком смысле) право на получение медицинской помощи по всей территории страны у них имеется, однако бесплатная медицинская помощь привязана к понятию - *семейный врач, который обеспечивает медицинскую помощь по месту жительства*, медико-санитарная помощь предоставляется членам семьи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий.

Вопрос оказания медицинской помощи «в узком смысле» лицам (в том числе проживающим вне места их постоянного жительства), страдающим туберкулезом должен регулировать Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года N 65.

Так статья 15 оговаривает права лиц, страдающих туберкулезом. Лица, больные туберкулезом, имеют право:

- на уважительное и гуманное отношение, исключаящее унижение человеческого достоинства;
- на получение информации о своих правах и характере имеющегося у них заболевания и применяемых методах лечения;
- на пребывание в стационаре на период, необходимый для обследования и излечения;
- на лечение в специализированных санаториях и дневных стационарах.

Лица, впервые заболевшие туберкулезом, или с рецидивом туберкулеза имеют право на больничный лист, длительность которого определяется по медицинским, социальным и эпидемиологическим показаниям в пределах до 12 месяцев со времени наступления нетрудоспособности. Продление больничного листа сверх указанного срока или установление стойкой нетрудоспособности осуществляется медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК). Руководители предприятий, учреждений и организаций имеют право замещать рабочих и служащих, временно утративших трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом, другими работниками на срок до 12 месяцев.

За лицами, временно утратившими трудоспособность вследствие заболевания туберкулезом, сохраняются место работы или занимаемая должность на срок до установления им группы инвалидности либо до их клинического выздоровления.

Лицам, проживающим в общежитиях и многонаселенных квартирах, при обнаружении у них заразных форм туберкулеза предоставляется изолированная жилая площадь в соответствии с нормативными правовыми актами Кыргызской Республики.

Дети лиц, больных туберкулезом, пользуются правом внеочередного приема в детские дошкольные учреждения, школы, интернаты и санаторно-оздоровительные учреждения.

Детям, находящимся на лечении в противотуберкулезном диспансере (отделении) или санатории, предоставляется возможность обучения по программе среднего (полного) образования в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Лица, больные туберкулезом и не имеющие дохода (в том числе дети), на период лечения обеспечиваются единым ежемесячным пособием в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Родители или лица, фактически осуществляющие уход за детьми, не достигшими 16-летнего возраста, больными туберкулезом и признанными в связи с этим инвалидами в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики, имеют право:

- на совместное пребывание в противотуберкулезном диспансере (отделении) с тяжелобольными и малолетними детьми;
- на получение ежегодного трудового отпуска в летнее или другое удобное для них время.

Больные туберкулезом и лица, сопровождающие их, имеют право на бесплатный проезд один раз в год в противотуберкулезный санаторий и обратно за счет средств местного бюджета. Больные туберкулезом, вызываемые или направляемые на консультацию и лечение в противотуберкулезные учреждения, имеют право на бесплатный (туда и обратно) проезд за счет средств местного бюджета.

Статья 16 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года N 65 определяет, что больные туберкулезом обязаны:

- строго выполнять рекомендации медицинского работника по режиму лечения, поведения в быту и на производстве;
- являться в противотуберкулезное учреждение по вызову медицинского работника;
- оберегать от заражения туберкулезом окружающих его людей, не препятствовать проведению противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий в местах их постоянного проживания;

- при смене постоянного места жительства в 10-дневный срок встать на учет в местном противотуберкулезном учреждении.

Вывод: При изучении вопроса оказания медицинской помощи лицам, находящимся в не места их постоянного жительства и больных туберкулезом *право на получение медицинской помощи по всей территории страны* в Законе Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» *не прописано.*

3.4 Помощь эмигрантам и мигрантам

Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года N 6 в статье 62 определяет, что гражданам Кыргызской Республики, находящимся за ее пределами, право на охрану здоровья обеспечивается в соответствии с международными договорами Кыргызской Республики, в иных случаях - согласно законодательству страны пребывания.

Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья отражается в статье 63 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»:

Иностранцам, находящимся на территории Кыргызской Республики, лицам без гражданства, постоянно проживающим в Кыргызской Республике, и беженцам гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с законодательством Кыргызской Республики и международными договорами Кыргызской Республики.

Порядок оказания медико-санитарной помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения.

Вопрос оказания противотуберкулезной помощи в Законе Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» для данных категорий *отдельно не рассматривается.*

3.5 Помощь вынужденным мигрантам.

Закон Кыргызской Республики «О внутренней миграции» от 30 июля 2002 года N 133 рассматривает вопрос оказания медицинской помощи только в отношении вынужденных мигрантов.

При этом вопрос оказания противотуберкулезной помощи в отдельную статью не выделяется.

В тоже время статьи 34, 35, 36 данного Закона определяют:

- до получения статуса вынужденного мигранта экологические мигранты должны получить всю необходимую помощь и быть обеспечены основными необходимыми условиями существования, включая питание и основные санитарные и медицинские услуги, а также подлежат комплексному медицинскому обследованию;

- Правительство Кыргызской Республики принимает специальную государственную программу и комплекс мер по лечению, оздоровлению, реабилитации и социальной защите пострадавших граждан;

- граждане, не покинувшие зону экологического бедствия, также как и экологические мигранты, должны получить всю необходимую помощь и быть обеспечены основными необходимыми условиями существования, включая питание, питьевую воду и медицинское и санитарное обслуживание. Граждане, указанные в настоящей статье, подлежат комплексному медицинскому обследованию;

- гражданам, до признания их вынужденными мигрантами в соответствии со статьей 38 Закона предоставляются вся необходимая помощь и основные необходимые условия существования, включая питание, питьевую воду и основные санитарные и медицинские услуги.

В части пользоваться медицинскими услугами Закон определяет:

- гражданин до решения вопроса о признании его вынужденным мигрантом имеет право в порядке, установленном Правительством Кыргызской Республики, пользоваться медицинской и лекарственной помощью на общих основаниях, проживать в месте временного поселения либо у родственников (статья 38 Закона). *(Здесь возникает противоречие с законом о туберкулезе, в части проживания больных туберкулезом у родственников).*

- гражданам, признанным вынужденными мигрантами в соответствии с Законом оказывается медицинская и лекарственная помощь на льготных условиях (статья 42. Закона)

Экологические мигранты и граждане, указанные в статье 34 настоящего Закона, которые пострадали в результате экологического бедствия, подлежат обязательному специализированному медицинскому наблюдению в течение всей жизни. Оказание медицинской помощи этим гражданам и проведение их диспансерного наблюдения осуществляются учреждениями здравоохранения, перечень которых, а также порядок оказания помощи и проведение диспансеризации определяются органами, уполномоченными Правительством Кыргызской Республики (п.2 статьи 43 Закона).

3.6 Помощь внешним трудовым мигрантам.

В отношении лиц, являющихся внешними трудовыми мигрантами, вопрос оказания медицинской помощи регулируется Законом Кыргызской Республики «О внешней трудовой миграции» от 13 января 2006 года N 4.

При этом Закон пошел по пути, что основные вопросы охраны здоровья, оказания медицинской помощи больным лицам возлагается, как правило на работодателя.

При этом, групповые перемещения трудящихся-мигрантов осуществляются на основании заключенных Кыргызской Республикой международных договоров, которыми определяются порядок въезда, пребывания и выезда групп трудящихся-мигрантов, условия их труда и оплаты, социальное и медицинское обеспечение под контролем соответствующих государственных органов (Статья 13).

Трудовые отношения трудящегося-мигранта с хозяйствующим субъектом оформляются трудовым договором (контрактом), который заключается в письменной форме на государственном или официальном языке Кыргызской Республики и на родном или понятном для трудящегося-мигранта языке и должен содержать такие данные как - организация переезда, питания, проживания, медицинского обслуживания трудящегося-мигранта и членов его семьи (Статья 17 Закона).

Вопрос оказания противотуберкулезной помощи в Законе Кыргызской Республики «О внешней трудовой миграции» от 13 января 2006 года N 4 для данных категорий *отдельно не рассматривается.*

4. Вопросы финансирования услуг противотуберкулезной помощи.

4.1 Финансирование медицинской помощи, оказываемой гражданам Кыргызской Республики

Статья 54 Закона КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» определяет источники финансирования государственных организаций здравоохранения

- средства государственного бюджета;
- средства обязательного медицинского страхования;

- средства, полученные от сооплаты;
- специальные средства;
- кредиты и гранты международных организаций, стран-доноров;
- средства, полученные в результате добровольных взносов и пожертвований граждан и юридических лиц;
- средства добровольного медицинского страхования;
- средства, полученные в результате удовлетворения исков органов и организаций здравоохранения к физическим и юридическим лицам;
- другие не запрещенные законом источники;
- средства базового государственного медицинского страхования.

При этом Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» предлагает более четкие направления финансирования:

Финансирование противотуберкулезных мероприятий осуществляется из средств государственного бюджета отдельной строкой в объемах, предусмотренных Национальной программой "Туберкулез".

Государство гарантирует за счет средств республиканского бюджета финансирование:

- профилактических мероприятий, в том числе приобретение вакцин;
- диагностических мероприятий (бактериологическое, флюорографическое, рентгенологическое обследования, туберкулинодиагностика и другие необходимые исследования);
- лечения всех больных туберкулезом в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях;
- приобретения противотуберкулезных препаратов;
- оплаты труда работников противотуберкулезных учреждений.

Дополнительное финансирование противотуберкулезных мероприятий производится за счет:

- средств, полученных в результате договоров по совместному проведению противотуберкулезных мероприятий с предприятиями, учреждениями и организациями всех форм собственности и подчиненности;
- платных медицинских услуг, оказываемых населению сверх гарантированного базового объема медицинской помощи;
- материальной компенсации, полученной противотуберкулезным учреждением в результате удовлетворения исковых требований от предприятий и граждан, виновных в нарушении противоэпидемического режима по туберкулезу;
- средств обязательного медицинского страхования;
- добровольных взносов предприятий, учреждений, благотворительных обществ, граждан Кыргызской Республики и иностранных граждан.

Средства, направляемые на финансирование противотуберкулезных мероприятий, предусматриваются отдельной строкой в республиканском и местных бюджетах и используются в первую очередь для проведения специфических диагностических мероприятий, приобретения противотуберкулезных препаратов в полном объеме и обеспечения питанием больных.

(Статья 10. Финансирование противотуберкулезных мероприятий)

Финансирование научных исследований в области фтизиатрии производится из средств республиканского бюджета и устанавливается в размере не менее 1 процента от объема средств, направленных на защиту населения от туберкулеза.

Местные государственные администрации и органы местного самоуправления могут финансировать на договорных условиях научные исследования по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза.

(Статья 14. Финансирование научных исследований в области фтизиатрии)

Статья 12 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» определяет, что противотуберкулезная вакцинация новорожденных, ревакцинация детей БЦЖ и туберкулинодиагностика являются обязательными. Сроки и контингенты лиц, подлежащих противотуберкулезной вакцинации, ревакцинации БЦЖ и туберкулинодиагностике, устанавливаются нормативными правовыми актами Кыргызской Республики.

Однако вопрос платности либо привязки к региону проживания в данной норме не рассматривается

Этой же статьей 12 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» предписывается, что профилактические осмотры населения (взрослых, подростков, детей) на туберкулез осуществляются бесплатно или за счет средств предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности.

Таким образом: профилактические осмотры должны проводиться в бесплатной форме для населения, но законодательство четко определило за чей счет.

4.2 Финансирование медицинской помощи, оказываемой иностранным гражданам.

Статья 25 Закона Кыргызской Республики «О внешней миграции» содержит общую норму определяющей, что финансовое обеспечение и медицинское обслуживание иностранных граждан и лиц без гражданства возлагается на принимающую сторону при отсутствии иной письменной договоренности сторон.

5. Органы и структуры, обеспечивающие предоставление противотуберкулезной помощи.

Статья 5 Закона Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года № 65 определяет:

Противотуберкулезную помощь оказывают получившие на это разрешение лечебно-профилактические учреждения, консультативную помощь могут осуществлять также и частнопрактикующие врачи-фтизиатры. При установлении диагноза "туберкулез" частнопрактикующий врач-фтизиатр обязан сообщить о случае выявления туберкулеза в территориальное противотуберкулезное учреждение и санитарно-эпидемиологическую службу.

Головными учреждениями по проведению противотуберкулезных мероприятий в Кыргызской Республике являются уполномоченные государственные органы в области здравоохранения и сельского хозяйства.

Решения головного противотуберкулезного учреждения являются обязательными для лечебно-профилактических организаций республики всех форм собственности и подчиненности.

Противотуберкулезные учреждения с целью совершенствования качества диагностики и лечения туберкулеза могут организовывать новые службы, центры и кабинеты.

Противотуберкулезная помощь населению республики оказывается специализированными противотуберкулезными учреждениями, учреждениями общей лечебной сети, осуществляющими профилактические противотуберкулезные мероприятия и органами санитарно-эпидемиологической службы.

Организация противотуберкулезной помощи населению республики обеспечивается на основе долгосрочных комплексных программ, утверждаемых Правительством КР.

Для контроля за реализацией долгосрочных комплексных программ при Правительстве Кыргызской Республики, местных государственных администрациях областей и городов, органах местного самоуправления создаются межведомственные комиссии по туберкулезу.

(Статья 8. Организация противотуберкулезных мероприятий)

Все вновь выявленные случаи активного туберкулеза подлежат обязательной государственной регистрации и учету в противотуберкулезном диспансере (отделении) по месту жительства.

Больные туберкулезом - бактериовыделители, независимо от метода выявления микобактерий туберкулеза, относятся к заразным. На лиц, с впервые обнаруженными микобактериями туберкулеза, кроме регистрации их в противотуберкулезном диспансере, подается экстренное извещение в органы санитарно-эпидемиологического надзора как на больных инфекционным заболеванием.

Экстренное извещение в органы санитарно-эпидемиологического надзора подается также при каждом случае смерти, когда при вскрытии трупа установлено, что умерший при жизни страдал туберкулезом, но на учете не состоял. (Статья 9. Регистрация и учет).

Контроль за оказанием противотуберкулезной помощи осуществляется уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения, местными органами управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной службами, местными государственными администрациями, органами местного самоуправления, а также министерствами и административными ведомствами, имеющими противотуберкулезные учреждения.

(Статья 20. Контроль за деятельностью по оказанию противотуберкулезной помощи).

6. Ответственность лиц, получающих и оказывающих медицинскую помощь.

Вопрос ответственности, как организаций здравоохранения, так и лиц больных туберкулезом является важным, так как он вытекает из обязанности сторон.

Статья 65 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года № 6 определяет право граждан на возмещение ущерба, причиненного их здоровью.

Граждане в Кыргызской Республике, в случае причинения ущерба их здоровью при оказании им медико-санитарной помощи в результате действия физических или юридических лиц, имеют право на возмещение ущерба:

- материального - в объеме фактически нанесенного ущерба;
- морального - в размере от 1 до 500 расчетных показателей.

Основания и порядок возмещения ущерба, причиненного здоровью граждан, определяются законодательством Кыргызской Республики.

Закон Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» от 18 мая 1998 года № 65 вопрос ответственности рассматривает следующим образом:

Граждане в случае невыполнения требований настоящего Закона несут административную ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Больные туберкулезом, в том числе заразными формами, нуждающиеся в лечении, за систематическое уклонение от стационарного лечения и угрозу распространения инфекции несут административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Больные туберкулезом, злостно уклоняющиеся от лечения и соблюдения установленных законодательством санитарно-гигиенических требований, по решению суда подлежат принудительной госпитализации в специально созданные противотуберкулезные лечебные учреждения. (Статья 17. Ответственность граждан).

Руководители министерств, административных ведомств, предприятий, учреждений и организаций всех форм собственности и ведомственной подчиненности за невыполнение требований настоящего Закона подлежат административной и уголовной ответственности в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

(Статья 18. Ответственность руководителей министерств, административных ведомств, предприятий, учреждений и организаций).

Работники противотуберкулезных учреждений всех форм собственности и ведомственной подчиненности за несвоевременную диагностику заболевания и нарушения в организации лечения больных туберкулезом несут административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

(Статья 19. Ответственность работников противотуберкулезных учреждений).

Неправомерные действия медицинских работников, должностных лиц, работников органов социальной защиты, медико-социальных экспертных комиссий, нарушающих права граждан в сфере защиты их от туберкулеза и при оказании им противотуберкулезной помощи, могут быть обжалованы в судебном порядке в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

(Статья 21. Порядок обжалования неправомерных действий лиц, нарушающих настоящий Закон).

7. Выводы и рекомендации по вопросам оказания противотуберкулезной помощи различным категориям больных

- Большой объем нормативной базы регулирующей вопрос оказания медицинской помощи лицам больным туберкулезом.
- Государство на уровне Закона четко определяет комплекс мероприятий направленных на противотуберкулезную деятельность, но оговаривает, что в каком порядке будет оказана эта помощь, будет решать Правительство Кыргызской Республики. Данная формулировка дает нам право говорить, что порядок оказания медицинской помощи мигрирующему туберкулезно-больному населению должен определяться на уровне правительства. Отдельного документа по этому вопросу не имеется.
- Имеются нормы, не прямого действия, ограничивающие перемещение лиц больных туберкулезом.
- При изучении вопроса оказания медицинской помощи лицам, находящимся в не места их постоянного жительства и больных туберкулезом (в широком смысле) право на получение медицинской помощи по всей территории страны у них имеется, однако бесплатная медицинская помощь привязана к понятию - *семейный врач, который обеспечивает медицинскую помощь по месту жительства*, медико-санитарная помощь предоставляется членам семьи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий.
- При изучении вопроса оказания медицинской помощи лицам, находящимся в не места их постоянного жительства и больных туберкулезом *право на получение медицинской помощи по всей территории страны* в Законе Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» *не прописано*.
- *Вопрос оказания противотуберкулезной помощи* в Законе Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» для данных категорий *отдельно не рассматривается*.
- Закон Кыргызской Республики «О внутренней миграции» *вопрос оказания противотуберкулезной помощи в отдельную статью не выделяется*.
- *Вопрос* платности либо привязки к региону проживания в Законе Кыргызской Республики «О защите населения от туберкулеза» не рассматривается.
- Профилактические осмотры должны проводиться в бесплатной форме для населения, но законодательство четко определило за чей счет.
- Структура системы организации медицинской помощи прописана четко.

РЕЗОЛЮЦИЯ

итоговой конференции

"Результаты внедрения проекта TB REACH в Кыргызстане"

(опыт внедрения нового метода диагностики ТБ аппаратами Xpert MTB/Rif и модели институционального вовлечения общин и НПО для борьбы с туберкулезом)

г. Бишкек

28-29 января 2012

Для особого внимания:

- Странового Координационного Комитета по борьбе со СПИДом, Туберкулезом и Малярией при Правительстве Кыргызской Республики
- Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики
- Координационного Совета по Туберкулезу при МЗ КР

Мы, участники итоговой конференции "Результаты внедрения проекта TB REACH в Кыргызстане", - национальные и международные партнеры Национальной Туберкулезной Программы - хотим обратить внимание людей, принимающих решения, на необходимость расширения подходов борьбы с туберкулезом на национальном уровне. Мы считаем, что прогресс в области биомедицинских технологий, а также сдвиг глобального видения проблемы ТБ с чисто медицинского на многосекторальное, должен быть, как можно быстрее внедрен в Кыргызстане для улучшения контроля над эпидемией, а также для пользы каждого больного.

Стратегия STOP TB (пятый компонент)¹ предусматривает расширение прав и возможностей людей с туберкулезом и общественных организаций через партнерское сотрудничество. Более того, в конце 2012 года ВОЗ выпустила операционное руководство с изложением подхода TB-ENGAGE, в котором описаны пути реализации мероприятий противодействия туберкулезу силами общинных и неправительственных организаций².

Опыт внедрения технологии Xpert MTB/Rif для выявления новых случаев ТБ, особенно тех, которые имеют отрицательные результаты при проведении микроскопического исследования, наглядно демонстрирует необходимость пересмотра алгоритма выявления ТБ в стране. Более того, возможность сразу выявлять рифамцин-резистентные случаи диктует необходимость наладить механизм быстрого и полного дообследования лекарственной устойчивости, а также предусмотреть закупку препаратов 2 ряда для своевременного назначения лечения для больных МЛУ-ТБ.

Люди, традиционно имеющие ограниченный доступ к медицинским и социальным услугам, должны получить возможность беспрепятственно обследоваться на туберкулез и

¹ http://www.who.int/tb/strategy/stop_tb_strategy/ru/index.html

² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75997/1/9789241504508_eng.pdf

получать лечение в случае его выявления. Речь идет о группах населения, чье социальное положение особенно ущемлено: внешние и внутренние мигранты, в том числе трудовые, а также люди, несущие на себе стигму и часто подвергающиеся дискриминации в обществе: потребители наркотиков, секс-работники, ЛГБТ-сообщество и люди, живущие с ВИЧ.

Среди достижений проекта особое внимание заслуживают следующие результаты:

- 5636 человек обследовано 4-мя аппаратами Xpert MTB/Rif в Бишкеке, Чуйской Области, а также в Оше и Ошской области, из них выявлено 1351 новый случай ТБ, включая вклад партнеров проекта:

- а. Силами волонтеров и промоутеров Национального Общества Красного полумесяца направлено в общую лечебную сеть для прохождения диагностики ТБ 1782 человека
- б. Республиканский Центр Укрепления Здоровья по итогам широкомасштабной информационной кампании выявил, что мониторируемые группы семейных врачей приняли более 15 000 обратившихся без приписки, из которых 318 человек были направлены на обследование в связи с ТБ
- с. Неправительственная организация Таис Плюс, активная среди секс-работников, охватила вмешательством около 600 человек в г. Бишкек и выявила 17 случаев ТБ.

Мы призываем людей, принимающих решения, интегрировать в Национальную Программу по Туберкулезу новые подходы, которые рекомендованы международным сообществом, и эффективность которых подтвердил опыт проекта, реализованного при поддержке TB REACH.

В текущую программу по борьбе с туберкулезом на 2011-2015 гг. необходимо включить следующие направления:

1. Необходимо пересмотреть алгоритм выявления ТБ с тем, чтобы использование технологии Xpert MTB/Rif было ясным и обоснованным в диагностике ТБ.
2. Необходимо идентифицировать приоритетные географические регионы для дальнейшего внедрения технологии Xpert MTB/Rif.
3. Необходимо идентифицировать возможности текущих международных проектов и программ для продолжения мероприятий, показавших свою эффективность в рамках проекта, поддержанного TB REACH.
4. Необходимо внедрить подход TB-ENGAGE, рекомендованным ВОЗ и предусматривающим сдвиг видения проблемы ТБ с исключительно медицинского на более расширенное с учетом социально-экономических условий и с учетом перспективы сообществ, включая значимое участие неправительственного сектора и сообществ в разработке программ по ТБ, а также пересмотр алгоритма выявления и лечения ТБ и учетно-отчетной документации с тем, чтобы вклад сообществ в НТП был виден на национальном уровне.
5. Нормативные документы, регулирующие доступ к диагностике и лечению ТБ, должны быть пересмотрены с тем, чтобы устранить барьеры для получения помощи в связи ТБ для социально незащищенной части населения.

**Правила оформления статей для публикации
в научно-практическом медицинском журнале
«Здравоохранение Кыргызстана»**

- Объем статьи не должен превышать 12 стр. компьютерного набора (**шрифт Times New Roman, размер - 14, через 1,5 интервала**).
- Материал представляется в печатном и электронном виде (файл World for Windows). Поля: верхнее, нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см.
- В верхнем правом углу должен быть указан УДК.
- Название статьи – в центре, на русском, кыргызском и английском языках, **ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ**, размер - 14.
- Ф.И.О. авторов (инициалы автора ставятся перед фамилией), название учреждения, откуда направлена, название города и страны - в центре, жирным курсивом, размер - 14, на русском, кыргызском и английском языках.
- Дается краткая (не более 3-4 строк) аннотация на русском, кыргызском и английском языках.
- Ключевые слова на русском, кыргызском и английском языках.
- Статья должна включать разделы: «Актуальность», «Материалы и методы исследования», «Результаты и их обсуждение», «Выводы» или «Практические рекомендации», «Литература». Статья должна быть тщательно проверена автором: химические формулы, таблицы, дозы. Все цифровые данные должны быть приведены в единицах СИ.
- Текст, табличный и графический материал, список литературы, оформляются согласно правилам, рекомендуемым при оформлении диссертационных работ.
- Ссылки на авторов по тексту статьи заключаются в квадратные скобки. Список литературы должен располагаться в конце статьи и содержать не более 15 наименований.
- Графический материал (фото, рисунки, графики, схемы) представляется **в формате jpeg**, должен быть четкими, контрастными, размером 10х13 см, не более 4-х в одной статье.
- Изображения микроскопических препаратов должны в подписях сопровождаться указанием на увеличение и использованную окраску.
- В конце статьи указываются полные фамилии, имена и отчества **ВСЕХ** авторов, ученые степени и звания, должности и контактные данные (телефоны, e-mail).
- Все поступающие рукописи предоставляются на рассмотрение редакционному совету, который принимает решение о возможности опубликования направленных материалов. Отобранный для публикации материал будет предложен автору для согласования предлагаемых изменений. Срок публикации каждой конкретной рукописи устанавливается отдельно, о чем автор будет предупрежден заранее. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются.
- Редакция оставляет за собой право не размещать материал, где фигурирует прямая ссылка на продукт, произведенный конкретной фирмой-производителем, и/или указывается торговое название, — такой материал считается рекламной информацией, и в этом случае должны быть оговорены финансовые интересы заинтересованных сторон. В материалах, подготовленных для опубликования, следует использовать утвержденные ВОЗ названия действующих веществ и диагнозов заболеваний в соответствии с X пересмотром МКБ.
- Рукописи, оформленные не по требованиям, не принимаются.

Ответственный секретарь

к.м.н., Бейсембаев Анвар Акулкеримович

телефон: 0550 50 71 75

e-mail: anvar.kg@gmail.com