

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. ХОДЖА АХМЕДА ЯССАВИ.**

**ИНСТИТУТ КАЗТЕП
МАГИСТРАТУРА**

6M050700-Менеджмент в сфере здравоохранения.

МАГИСТЕРСКИЙ ПРОЕКТ

**Тема: «Профилактика заболеваний туберкулеза среди населения
г.Шымкент».**

Исполнитель _____ Мелдебекова А.Т. «__» ____ 2019 г.
/подпись/ /Ф.И.О./ /Дата/

Научный руководитель _____ Бектурганов Р.С. «__» ____ 2019 г.
д.м.н. профессор /подпись/ /Ф.И.О./ /Дата/

Туркестан-2019 г.

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
СЛОВАРЬ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ТЕРМИНОВ	6
АННОТАЦИЯ.....	11
ABSTRACT.....	11
ВВЕДЕНИЕ.....	12
ГЛАВА I	
1.1 ПОНЯТИЕ О ТУБЕРКУЛЕЗА.....	19
1.2 КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	21
1.3 ПРОФИКАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	24
1.4 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ.....	26
1.5 ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	27
1.6 ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ- ИНФЕКЦИЕЙ.....	29
ГЛАВА II	
2.1 СТАТИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ 2018.....	32
2.2 МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПМСП.....	38
ГЛАВА III ВНЕДРЕНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ВЛИЯНИЕ НА СИТУАЦИЮ ПО М/ШЛУ ТБ.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	42
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	43

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В проекте использованы ссылки на следующие стандарты и нормативные правовые акты:

ГОСТ 2.105-79 12.09.2018г Межгосударственный стандарт. Единая система конструкторской документации. Общие требования к текстовым документам.

ГОСТ 7.1-84 12.09.2018г Наименование на русском языке: «Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Библиографическое описание документа. Общие требования и правила составления».

Кодекс Республики Казахстан от 28 декабря 2018 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Закон Республики Казахстан от 26 марта 2007 года «О принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза». №496-1

Приказ МЗ РК №131 от 14.03.2011 г. «Положения о деятельности противотуберкулезных организаций».

Приказ МЗ РК №119 от 28.02.12 г. «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом».

Приказ МЗ РК №404 от 17.06.2011 г. «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан».

Приказ № 452 от 27 июля 2007г. «Об утверждении Положений о деятельности противотуберкулезных организации и государственных органов санитарно-эпидемиологической службы по борьбе с туберкулезом».

Приказ № 19 от 22 августа 2014г. «Об утверждении некоторых Инструкций по борьбе с туберкулезом».

Приказ 245 от 23.04.2007г. «О совершенствовании мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан туберкулеза».

Приказ 129 от 10.03.2009г. «Об усилении мер по предупреждению формирования резистентных форм туберкулеза».

Приказ МЗ РК от 17.11.2009 №729 (МЮ 03.12.2009 №5959)
«Об организации принудительного лечения, а также режима пребывания больных».

Приказ № 677 от 10 ноября 2009 года зарегистрирован в Реестре от 24 ноября 2009 года № 5878. «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг».

Постановлению Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2000 года №468 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих».

Приказ №323 от 10.04.2001г. «О мерах по совершенствованию противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан».

Приказ №471 от 05.2001г. «О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан».

Приказ № 452 от 27 июля 2007г. «Об утверждении Положений о деятельности противотуберкулезных организации и государственных органов санитарно-эпидемиологической службы по борьбе с туберкулезом».

Приказ № 466 от 3 августа 2007г. «Об утверждении некоторых Инструкций по борьбе с туберкулезом».

Постановление Правительства № 1263 от 21 декабря 2007г. «Об утверждении мер по защите населения от туберкулеза, направленные на предупреждение и распространение туберкулеза».

Приказ 129 от 10.03.2009г. «Об усилении мер по предупреждению формирования резистентных форм туберкулеза».

Приказ МЗ РК от 17.11.2009 №729 (МЮ 03.12.2009г №5959) «Об организации принудительного лечения, а также режима пребывания больных в специализированных противотуберкулезных организациях.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ТБ	Туберкулез.
ЛУ	Лекарственная устойчивость.
лп	Лекарственные препараты.
лс	Лекарственные средства.
МЛУТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью.
ШЛУТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью.
МЗРК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан.
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения.
ГФ	Глобальный Фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом, малярией.
БОМЖ	Лица без определенного места жительства.
МТ, МБТ	Микобактерии туберкулеза.
ЛУФТ	Лекарственно устойчивые формы туберкулеза.
ГУ «ОПТЕ»	ГУ «Областная противотуберкулезная больница».
ЮКО	Южно-Казахстанская область.
птп	Противотуберкулезные препараты.
ПВР	Противотуберкулезные препараты второго ряда
ПТР	Противотуберкулезные препараты третьего ряда.
НЦПТМЗРК	Национальный Центр проблем туберкулеза Министерства здравоохранения Республики Казахстан.
пмсп	Первичная медико-санитарная помощь.
ПД	Побочное действие.

ТБ 13	Учетная документация.
ТБ 01	Учетная документация.
ТБ 12	Учетная документация.
ГФСТМ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и Малярией.
Р10ГФСТМ	Программа финансирования 10 Раунд Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
СКК ГФСТМ	Страновой координационный комитет Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
РБ	Республиканский бюджет.
РГП «нцэлс»	РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств».
ИМН и МТ	Изделий медицинского назначения и медицинской техники.
ТЛЧ	Тест на лекарственную чувствительность.
КУИСМЮ	Комитет уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан.

СЛОВАРЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ТЕРМИНОВ

Вакцина БЦЖ (бациллы Кальметта Герена)	Вакцина, содержащая живой ослабленный штамм микобактерий бычьего вида (<i>M.bovis</i>).
Кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)	Микробактерии, способные удерживать анилиновый краситель после обесцвечивания кислотным раствором; к их числу относятся микробактерии ТБ, а также нетуберкулезные бактерии; могут быть обнаружены при микроскопии.
Лечение под непосредственным наблюдением	Организация лечения, когда больной принимает каждую дозу лекарства под наблюдением специально обученного медработника.
Мониторинг лечения	Система непрерывного слежения за процессом и результатом лечебной деятельности; включает регистрацию назначений и их изменений, данные соблюдения предписанного режима и лечения, учет динамика клинических проявлений заболевания и нежелательных эффектов лечения, контрольные клиничко-лабораторные исследования, включая микроскопическое исследование мокроты и другие анализы, позволяющие оценить эффективность и исход лечение.
Национальная система борьбы с туберкулезом. Национальная противотуберкулезная программа	Регламентированная государством система борьбы с ТБ, базирующаяся на деятельности национальной сети учреждений противотуберкулезной службы и общей лечебной сети, включая первичное звено здравоохранения, в рамках которой разрабатывается, планируется и

	осуществляется деятельность по эффективному выявлению и лечению больных ТБ.
Негативация мокроты	Отрицательный результат микроскопии мокроты в конце интенсивной фазы лечения у больных, которым исходно был поставлен диагноз ТБ с положительным результатом микроскопии мокроты.
Основные противотуберкулезные препараты (препарат первого ряда)	Противотуберкулезные препараты, наиболее эффективные в отношении микобактерии ТБ, используемые в стандартных режимах химиотерапии, рекомендуемых ВОЗ. К ним относятся: изониазид (H), рифампицин (R), пиперазид (P), Этиамбутол (E), и стрептомицин (S).
Ослабление иммунитета	Нарушения работы иммунной системы, возникающие вследствие различных причин.
Туберкулез легких	ТБ с поражением паренхима лёгких. Согласно рекомендациям ВОЗ, сочетание легочного и внелегочного ТБ классифицируется как ТБ легких. Изолированное поражение глотки, гортани, трахеи и бронхов следует классифицировать как внелегочной ТБ, если процесс не затрагивает паренхиму легких.
Туберкулез милиарный	Форма ТБ, характеризующаяся тяжелым острым течением с образованием мелких очагов во многих органах развивается при гематогенной диссеминация возбудителя и наиболее вероятна у больных, чья иммунная система ослаблена вследствие ВИЧ-инфекции, старческого возраста.
Туберкулез с	ТБ, вызываемый штаммом <i>M.tuberculosis</i> ,

множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ)	устойчивым, по крайней мере, к изониазиду и рифампицину, двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам.
Фактор риска заболевания туберкулезом	Особенность поведения или образа жизни, условия окружающей среды, врожденный или унаследованный приказ, другой фактор, который как подтверждено при эпидемиологическом исследовании, повышает риск заболевания ТБ.
Фельдшер	Медицинский работник со средним профессиональным образованием, который имеет право оказывать неотложную и первичную медико-санитарную помощь на фельдшерско-акушерском пункте; ассистент врач в учреждениях первичного звена здравоохранения.
Химиопрофилактика	Прием противотуберкулезных препаратов с целью предотвращения заболевания у людей с высоким риском развития ТБ (например, детей или людей с ВИЧ/СПИД-ом, которые находятся в домашнем контакте с бациллярным больным ТБ.
Химиотерапия превентивная	Лечение противотуберкулезными препаратами, назначаемое инфицированным лицам с высоким риском заболевания ТБ, у которых отсутствуют симптом или признаки активного заболевания. Цель лечения-предотвратить развитие заболевания.
Химиотерапия стандартная	Лечение продолжительностью в среднем 6-8 месяцев с применением не менее 4 основных препаратов (изониазид, рифампицин,

	пиразинамид и этамбутол/ стрептомицин), назначаемых на 2-3 месяца интенсивной фазы лечения с последующим назначением на менее 2 препаратов на 4-6 месяцев фазы продолжения.
Химиотерапия туберкулеза	Применение комбинации лекарственных препаратов, подавляющих размножение микробактерий ТБ или уничтожающих их в организме больного.

АННОТАЦИЯ

Туберкулез- представляет собой все более серьезную проблему в мире. Работники первичной медико-санитарной помощи могут играть важную роль в борьбе с туберкулезом, способствуя своевременному выявлению больных туберкулезом, направляя их на лечение и участвуя в контролируемой химиотерапии. Данное руководство было создано с целью улучшения знания и навыков работников первичной медико-санитарной помощи в области контроля и профилактики заболевания туберкулезом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Оптимизация, профилактика туберкулеза, статистика, первичное медико-санитарная помощь, менеджмент, статический сборник.

ABSTRACT

Tuberculosis is an increasingly serious problem in the world. Primary health-care workers can play an important role in the fight against tuberculosis by helping to identify TB patients in a timely manner, directing them to treatment and participating in controlled chemotherapy. This guide was created to improve the knowledge and skills of primary health care workers in the control and prevention of tuberculosis.

KEYWORDS: Optimization, tuberculosis prevention, statistics, first health care, management, static collection.

Введение.

Актуальность исследования. По данным Всемирной организации здравоохранения туберкулез (ТБ) остается второй по значимости причиной смерти от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. В 2011 году 8,7 миллионов человек заболели ТБ и 1,4 миллиона человек умерли от этой болезни [1].

Обзор литературы показывает, что широкое распространение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза является одной из основных причин низкой эффективности лечения и высокой смертности от туберкулеза [2,3,4].

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Казахстане остается напряженной, несмотря на улучшение в течение последних лет показателей заболеваемости, распространенности и наметившуюся тенденцию к их улучшению. В то же время в ряде областей Казахстана имеет место снижение эффективности лечения, одной из причин которого является увеличение в структуре заболеваемости лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, социально-дезадаптивного контингента, уклоняющегося от лечения. Это определяет совершенствование лечения лекарственно-резистентного туберкулеза легких, как одно из приоритетных направлений современной медицинской науки и общественного здравоохранения нашей страны [5].

Учитывая актуальность проблемы заболеваемости лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза и роста их удельного веса в общей заболеваемости и смертности, в нашей стране усилена работа по снижению распространения мультirezистентных форм туберкулеза [6].

Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев в своих ежегодных Посланиях народу Казахстана неизменно подчеркивает необходимость совершенствования организации и повышения качества медицинской помощи больным, страдающими социально значимыми патологиями и внедрения научно обоснованных мер профилактики, лечения и реабилитации в практику

здравоохранения [7].

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ) имеет не только клиническое и эпидемиологическое, но и экономическое значение, так как терапия таких пациентов обходится намного дороже, чем лечение больных, выделяющих МБТ, чувствительных к основным химиопрепаратам. Ожидание результатов исследования лекарственной устойчивости приводят к затягиванию сроков начала адекватной химиотерапии, и естественным образом приводит к увеличению расходов на противотуберкулезные препараты [8]. В современных условиях требуется разработка мер по оптимизации лекарственной помощи и обеспечению ранней диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза, повышение приверженности пациентов к лечению на всех уровнях фтизиатрической службы.

Также актуальными современными проблемами лечения туберкулеза с лекарственной устойчивостью являются сложность и длительность химиотерапии, потребность в интенсивном мониторинге клинко-рентгенологических параметров и результатов лечения, своевременная постановка диагноза и раннее определение лекарственной устойчивости. Неблагоприятные исходы терапии, нозокомиальное распространение МЛУ ТБ в стационарах, частое прерывание лечения, низкая приверженность пациентов к лечению являются основой для увеличения резервуара резистентной туберкулезной инфекции.

Как одна из мер локализации туберкулезной инфекции, в постсоветских странах широко используется принудительное лечение больных заразными формами туберкулеза, уклоняющихся от лечения. Принято считать, что только принудительное лечение в закрытом стационаре может решить проблему пропуска приема препаратов и досрочного прерывания лечения.

Однако мировая практика показывает, что большая эффективность лечения достигается при применении альтернативного, так называемого «пациент-ориентированного» подхода к проблемным больным. При этом фтизиатрическая служба подстраивает график и место выдачи препаратов под сложный ритм жизни пациентов, оказывает им помощь в решении ряда социальных проблем [11]. Однако необходимо отметить, что в Казахстане и других пост-советских государствах, не проводилось углубленного изучения принудительной формы оказания медицинской помощи, также и нет данных по эффективности принудительного лечения туберкулеза.

Все вышеизложенное, заслуживает особого внимания и требует глубокого изучения со стороны исследователей и организаторов здравоохранения, а также открывает новые возможности для поиска и разработки нового научно-обоснованного комплекса противотуберкулезных мероприятий и подходов к лечению.

Указанные проблемы оказания медицинской помощи больным туберкулезом с лекарственной устойчивостью и явились основой для настоящего диссертационного исследования.

Цель исследования:

Изучить особенности заболеваемости туберкулезом и его лекарственно-устойчивыми формами, разработать рекомендации, направленные на совершенствование организации медицинской помощи больным туберкулезом с лекарственной устойчивостью.

Для реализации цели были поставлены следующие задачи:

1. Провести анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу и МЛУ ТБ в различных областях Казахстана, определить ее региональные особенности;
2. Дать социально-демографическую характеристику больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, пролеченных в категории IV;
3. Определить основные факторы, влияющие на исходы заболевания лечения больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза,

пролеченных в категории IV;

4. Изучить эффективность применения принудительного противотуберкулезного лечения по конечным исходам заболевания;

5. Изучить особенности лекарственного менеджмента противотуберкулезных препаратов и оценить затраты на ПТП при лечении больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза пролеченных, в категории IV;

6. Разработать рекомендаций по усовершенствованию оказания противотуберкулезной помощи больным лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза.

Научная новизна

В рамках исследования:

1. Определены основные причины и факторы риска возникновения неблагоприятных исходов у больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью в категории IV. *

2. Установлено неблагоприятное влияние низкой приверженности к противотуберкулезному лечению и принадлежности к социально-дезадаптивному контингенту больных туберкулезом категории IV на исходы заболевания.

3. Доказано, что при наличии факторов риска «нерегулярный прием ПТП», злоупотребление алкоголем у больных туберкулезом категории IV риск возникновения неблагоприятного исхода заболевания возрастает в 1,5 раза.

4. Выявлено, что лечение больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью с позитивной микроскопией мокроты МВТ при поступлении обходиться в 3 раза дороже, чем лечение пациентов с негативным анализом.

5. Впервые изучена эффективность применения принудительного лечения при туберкулезе по конечным исходам заболевания.

Практическая значимость.

Предложена схема факторов риска, влияющих на возникновение неблагоприятных исходов заболевания у больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулез. Разработаны рекомендации по совершенствованию оказания противотуберкулезной помощи не приверженным и уклоняющимся от лечения больным лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза на уровне областей.

Положения, выносимые на защиту:

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Казахстане с 2016 года характеризуется постоянным снижением, существенными различиями в уровнях между областями. Важным обстоятельством является то, что на фоне снижения заболеваемости, имеет место рост в ее структуре удельного веса лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.
2. Основными причинами неблагоприятных исходов лечения больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза являются: низкая приверженность к лечению, перерывы в лечении, злоупотребление алкоголем, преобладание социально-дезадаптивного контингента.
3. Принудительное лечение больных заразными формами туберкулеза, применяемое, как правило, к социально-дезадаптивному контингенту, малоэффективно в связи с особенностями поведения больных. Данный вид помощи должен быть применен преимущественно для обеспечения противоэпидемических мер.

Научно-практическая значимость.

Выявленные особенности течения туберкулеза у женщин репродуктивного возраста факторы риска позволили разработать организационный механизм для раннего выявления туберкулеза и своевременного осуществления диспансерной работы.

Проведенное математическое моделирование распространенности туберкулеза при повышении медицинской активности и гигиенической грамотности позволило выявить резервы улучшения здоровья и снижения заболеваемости этой патологией.

Для врачей общей практики и врачей женских консультаций разработаны рекомендации по профилактике данной патологией.

Разработанные мероприятия по повышению эффективности социальной профилактики туберкулеза позволили улучшить их информированность по проблеме туберкулеза повысить гигиеническую грамотность и активизировать профилактическое направление в укреплении здоровья и снижения заболеваемости туберкулезом.

Личный вклад автора.

Автором проведен научный поиск по изучаемой проблеме разработан и реализованы основные положения сформирована современная методологическая и методическая база. Соискателем сформированы и сопоставлены сравнительные позиции научной новизны теоретической и практической значимости исследования выводы и практические рекомендации.

Объем и структура Резидентский проект состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, материалов внедрения в практику и приложения. Списки использованной литературы включают авторов.

ГЛАВА I

Общее понятие о туберкулезной инфекции.

1.1 Туберкулез- это хроническая инфекция с длительным периодом выделением возбудитель, многообразием клинических проявлений, поражением различных органов и систем.

Источником инфекции при туберкулезе является больной человек, выделяющий микобактерии туберкулеза в окружающую среду. Микобактерии туберкулеза находятся в мокроте, моче, фекалиях, поте, слезах, слюне. Микобактерии чрезвычайно устойчивы во внешней среде. Степень заразности больного человека для окружающих во многом зависит от формы заболевания и массивности бактериовыделения. Место проживания больного туберкулезом человека, выделяющего микобактерии, называют очагом. Другим источником заражения могут быть животные и прежде всего, крупный рогатый скот.

Основной путь передачи- воздушно-капельный, воздушно-пылевой. Существуют и другие пути передачи туберкулезной инфекции-пищевой, водный, контактный.

Определенного инкубационного периода при этой болезни нет. У инфицированного человека существует очаг дремлющей инфекции, возбудитель находится в виде маловирулентной безоболочечной формы. Микобактерии в организме человека сохраняют жизнеспособность в течение всей жизни инфицированного, не причиняя ему вреда. К клинически выраженному заболеванию могут привести неблагоприятные факторы внешней среды, появление тяжелых сопутствующих заболеваний или новое инфицирование высоковирулентным штаммом.

Наиболее частая форма болезни-туберкулез легких. Реже встречаются внелегочные формы туберкулеза- костей, почек, глаз. Внелегочные формы туберкулеза сложно диагностируются, а запоздалое выявление часто приводит больного человека к инвалидности.

Туберкулезная инфекция с самого начала протекает вяло и многие признаки заболевания прогрессируют постепенно. Самочувствие заболевшего долгое время не нарушено. Постепенно появляется общая немотивированная слабость. Исчезает аппетит, снижается масса тела. Возникает одышка при незначительных физических усилиях. Кашель в виде сухого покашливания без отхождения мокроты. Отмечается лихорадочный блеск в глазах. Отмечается частая смена настроения - от повышенной возбудимости до потери интереса к окружающей среде. Туберкулез обычно принимает маску какого-либо хронического неспецифического заболевания.

Диагностика-самый простой метод диагностики туберкулеза-флюорография. Другой способ диагностики туберкулеза -**проба Манту** (при обследовании детей). Раннее и своевременное выявление больных туберкулезом является необходимым условием для быстрого и полного излечения больного. С помощью флюорографии, помимо туберкулеза, можно выявить и другие заболевания: онкологические заболевания органов грудной полости, врожденные аномалии развития видимого скелета и легких, профессиональные болезни легких, патологию сердца.

Противопоказана флюорография с профилактической целью детям до 15 лет и беременные женщины.

1.2 КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Изначально используется разделение на первичный и вторичный туберкулёз лёгких.

Первичный туберкулёз.

Заболевание развивается сразу после заражения и имеет довольно активное течение, обусловленное выраженной реакцией иммунной системы на возбудителя. Наиболее характерные зоны поражения в лёгких - легко проветриваемые участки, такие как III, VIII, IX и X сегменты правого лёгкого. Зона поражения сразу некротизируется, принимая характерный творожистый вид. Сама зона некроза, воспалительный вал вокруг неё и туберкулёзный лимфангит, проявляющийся рентгенологически в виде тяжей от очага к прикорневым лимфоузлам лёгкого - получила название «первичного туберкулёзного аффекта». Этот характерный рентгенологический симптом первичного легочного туберкулёза всегда выявляется.

Исходом первичного поражения лёгкого становятся:

1. Нарастание некротических и воспалительных процессов с вовлечением новых участков лёгких, с последующим лимфогенным или гематогенным распространением процесса на другие внутренние органы и системы.
2. Полное выздоровление с рубцеванием первичного аффекта. В зоне рубца могут откладываться соли кальция в различных количествах, что, в выраженных случаях, и определяется рентгенологически - как «автограф» перенесённой ранее скрытой формы туберкулёза. Их ещё называют очагами Гона.
3. Хронизация туберкулёза. Это означает формирование рядом с процессом полости, периодическое обострение туберкулёза в виде казеозной пневмонии, расширение зоны первичного аффекта и наличие постоянной интоксикации. Процесс может распространиться на плевру, вызывая туберкулёзные плевриты. Для хронического первичного туберкулёза характерно поражение только одного лёгкого.

Генерализация и хронизация первичного туберкулёза чаще всего встречается у взрослых больных.

Для детского возраста характерно выздоровление с образованием рубца в подавляющем большинстве случаев. Заболевание протекает гриппоподобно или под маской лёгкого бронхита.

Вторичный туберкулез легких.

Перенесённое заболевание не даёт стойкий и постоянный иммунитет, как некоторые другие инфекционные болезни. Через некоторое время, при определённых условиях и факторах, о которых мы говорили выше, ничто не мешает человеку заново заболеть туберкулёзом. Источником могут стать как оставшихся в ткани лёгких на месте первичного очага жизнеспособные микобактерии туберкулёза, так и новые микроорганизмы, поступившие извне. Это и будет вторичный туберкулёз лёгких.

Распространение его по лёгкому осуществляется бронхогенно и лимфогенно. Отличием вторичного процесса от первичного - служит отсутствие первичного аффекта, описанного ранее.

Наибольшее практическое применение нашла классификация, объединившая в себе изменения на гистологическом уровне и выявляющиеся при рентгенологическом исследовании. Практически все из описанных форм характерны для вторичной формы туберкулёза лёгких.

Клинико-морфологическая классификация туберкулёза лёгких.

1. Острый милиарный туберкулёз.
2. Гематогенный диссеминированный туберкулёз легких.
3. Очаговый туберкулёз легких.
4. Инфильтративно-пневмонический туберкулёз легких.
5. Туберкулёма легких.
6. Казеозная пневмония.
7. Кавернозный туберкулёз легких.
8. Фиброзно-кавернозный туберкулёз легких.
9. Туберкулёзный плеврит.
10. Цирротический туберкулёз.

11. Другие формы (туберкулёз в сочетании с профессиональными поражениями лёгких и др.).

Выделяют течение заболевания лёгкой, средней и выраженной степени тяжести.

При наличии осложнений, в зависимости от возможности их коррекции, выделяют компенсированный, субкомпенсированный или декомпенсированный процесс.

Кроме этого, в зависимости от высеваемости из мокроты микобактерий туберкулёза, выделяют открытые, закрытые формы заболевания и форму с непостоянным выделением микобактерий.

1.3 ПРОФИКАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Профилактика туберкулёза у детей направлена на предотвращение инфицирования (имеет важное значение в раннем возрасте) и предупреждение заболевания. Профилактика инфицирования заключается в оздоровлении лиц из очагов туберкулёза, проведении санитарно-просветительной работы, регулярном (2 раза в год) обследовании сотрудников всех детских учреждений, особенно дошкольных, в противотуберкулёзных диспансерах, организации оздоровительных мероприятий детского населения. Основные методы профилактики заболевания туберкулёзом у детей - вакцинация (ревакцинация) БЦЖ и химиопрофилактика.

Вакцинацию БЦЖ проводят новорождённым и неинфицированным микобактериями туберкулёза детям в возрасте 7, 14 лет согласно календарю прививок. Прививки способствуют снижению инфицированности и заболеваемости детей, предупреждают развитие острых и генерализованных форм туберкулёза. Ревакцинацию проводят здоровым детям с отрицательным результатом пробы Манту с 2 и 5 ТЕ PPD-Л. Эффективность вакцинации и ревакцинации БЦЖ во многом зависит от качества прививок и соблюдения техники вакцинации. У 90-96% детей, привитых БЦЖ внутрикожным методом, на месте введения вакцины спустя 4-6 недель образуется папула до 8 мм в диаметре, затем корочка, и в течение 2-4 месяцев образуется рубчик. Вакцина БЦЖ малореактогенна, но иногда после её введения могут возникнуть осложнения: холодный абсцесс, регионарный лимфаденит, келоидный рубец, диссеминированная БЦЖ-инфекция (один случай на 1-2 млн привитых).

Химиопрофилактика (изониазид в суточной однократной дозе 10 мг/кг) показана в следующих случаях. Лицам, находящимся в контакте с больными, выделяющими микобактерии туберкулёза (2 двухмесячных курса в год, весной и осенью, в течение 1-3 лет).

При выраже туберкулиновых проб без явлений интоксикации (однократно в течение 3 месяцев), а также гиперергической реакции на введение туберкулина

(однократно в течение 3 месяцев). При положительных туберкулиновых пробах реконвалесцентам после кори, коклюша (однократно в течение 2 месяцев).

При положительных туберкулиновых пробах больным, получающим глюкокортикоидную и иммуносупрессивную терапию по поводу различных соматических заболеваний.

1.4 ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ

Профилактические меры против развития заболевания у взрослых направлены на:

Улучшение условий трудовой деятельности. Проведение лечебно-профилактических мероприятий с целью предупреждения развития профессиональных болезней органов дыхания. Борьбу с наркозависимостью, алкоголизмом, а также табакокурением. Соблюдение правил личной гигиены на производстве. Обеспечение качественного, сбалансированного питания. Борьбу с загрязнением окружающей среды. Ведение здорового, активного образа жизни. Наиболее эффективным методом профилактики такого заболевания как туберкулез является регулярное проведение флюорографического обследования (один раз на протяжении года). Подобный вид диагностики позволит своевременно выявить развитие болезни на начальных этапах и является наиболее оптимальным для большинства населения. Благодаря этому удастся начать своевременное лечение и исключить возможные осложнения. Профилактика туберкулеза, которая произведена своевременно, позволит снизить распространенность данного заболевания путем прерывания цепочки передачи возбудителей от инфицированных людей к здоровым.

1.5 ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В условиях напряженной эпидемиологической ситуации велика вероятность госпитализации больных туберкулезом в учреждения общего профиля. Это способствует увеличению удельного веса туберкулеза среди внутрибольничных инфекций. Для предупреждения формирования эпидемического туберкулезного очага в учреждениях общего профиля проводят следующие мероприятия:

- амбулаторное обследование лиц из групп высокого риска;
- обследование на туберкулез всех больных, находящихся длительное время на лечении в стационарах общего профиля;
- своевременная изоляция и перевод больного - источника туберкулезной инфекции в лечебные учреждения фтизиатрического профиля;
- ежегодные медицинские осмотры сотрудников сети лечебно-профилактических учреждений общего профиля, проведение флюорографии;
- диспансерное наблюдение за инфицированными лицами и лицами с повышенной восприимчивостью к микобактериям туберкулеза;
- контроль за соблюдением установленного для лечебных учреждений санитарного режима.

В лечебно-профилактических учреждениях общего профиля с длительным пребыванием больных при эпидемической вспышке туберкулеза наряду с другими противоэпидемическими мерами устанавливают карантин не менее чем на 2 мес.

Строгое выполнение санитарных правил в противотуберкулезных учреждениях - важный принцип профилактики туберкулеза. Контроль за соблюдением санитарного режима осуществляют сотрудники центров гигиены и эпидемиологии.

Для предупреждения распространения туберкулеза среди медицинских работников, работающих с больными активным туберкулезом, предусмотрены следующие меры:

- в учреждения противотуберкулезной службы принимают на работу лиц старше 18 лет с обязательным предварительным медицинским обследованием, последующие контрольные осмотры выполняют каждые 6 месяцев;
- лица, не инфицированные микобактериями туберкулёза, при отрицательной реакции на туберкулин подлежат вакцинации БЦЖ; допуск к работе возможен только после появления поствакцинальной аллергической реакции и формирования устойчивого иммунитета;
- при поступлении на работу (в последующем ежегодно) главный врач (или заведующий отделением) проводит инструктаж по правилам внутреннего распорядка для персонала;
- администрация противотуберкулёзных диспансеров и стационаров под контролем центров гигиены и эпидемиологии проводит дезинфекционные мероприятия;
- работники противотуберкулёзных учреждений наблюдаются в противотуберкулёжном диспансере в IVB ГДУ, им проводят регулярные обследования.

1.6 ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ.

В начале третьего тысячелетия глобальными медико-социальными проблемами в мире являются СПИД и туберкулёз. СПИД представляет собой терминальную стадию заболевания, вызванного вирусами иммунодефицита человека. Наиболее часто клиническое проявление СПИДа — это инфекционные заболевания, вызванные «оппортунистической» микробной и грибковой флорой. Среди них наиболее значимые — туберкулёз и микобактериозы, обусловленные *M.tuberculosis avium, intracellulargae* и другими атипичными бактериями. Сегодня на планете ежедневно появляются 8,5 тысяч новых случаев ВИЧ-инфицированных людей. Глобальный рост заболеваемости туберкулёзом в период эпидемии СПИДа стал причиной создания ВОЗ новой программы «СПИД и туберкулёз». Основной причиной резкого роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией начиная с 1996 года явилось быстрое распространение вируса при внутривенном введении наркотиков. Лица, одновременно инфицированные ВИЧ и туберкулёзом, подвержены высокому риску заболевания, так как ежегодная вероятность возникновения туберкулёза равна 5-10%, в то время как у остального контингента она не превышает 10% в течение всей жизни. Анализируя возрастную характеристику больных инфицированных ВИЧ и туберкулёзом, становится ясно, что в 90% случаев заболевают мужчины и около 10% — женщины. Обращает на себя внимание высокий удельный вес молодёжи, заболевшей двойной инфекцией в возрасте от 21 до 30 лет -50%, для которых характерны высокая инфицированность туберкулёзом, с одной стороны, и активное сексуальное поведение - с другой. Следственно, эти лица являются наиболее высокой группой риска по выявлению двойной инфекции.

Профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных делится на три этапа.

Первичная профилактика туберкулёза у ВИЧ-инфицированных направлена на предупреждение заболевания туберкулёзом среди лиц, больных ВИЧ-инфекцией, но ещё не имеющих туберкулёза. В связи с этим необходимы следующие действия. Первый этап профилактики полноценная информация о туберкулёзе и мерах его профилактики, как больных ВИЧ-инфекцией, так и их родственников и лиц, ухаживающих за такими больными, путём: организации консультаций больных ВИЧ-инфекцией по вопросам туберкулёза при центрах СПИДа, в наркологических диспансерах, ИТУ и т.д.

Химиопрофилактика заболевания туберкулёзом у больных ВИЧ-инфекцией с учётом стадий ВИЧ-инфекции и снижения чувствительности к туберкулёзу.

Обучение медицинского персонала, работающего с ВИЧ-инфицированными, основным аспектам фтизиатрической помощи.

Организация и контроль проведения противоэпидемиологических мероприятий в отношении туберкулёзной инфекции при госпитализации больных ВИЧ-инфекцией, при амбулаторном наблюдении в ИТУ и т.д.

Специфическая вакцинопрофилактика ВИЧ-инфицированным не проводится.

Второй этап профилактики

Второй этап для выделения лиц с высоким риском заболевания туберкулёзом на фоне ВИЧ-инфекции проводят следующим образом: Всех вновь выявленных ВИЧ-инфицированных обязательно осматривает фтизиатр, отмечая в амбулаторной карте подробный анамнез в отношении повышенного риска заболевания туберкулёзом. Сразу при взятии на учёт и далее 1-2 раза в год (в зависимости от степени риска заболевания туберкулёзом) проводят рентгенографию органов грудной клетки (создаётся R-архив). При постановке

пациентов на учёт по поводу ВИЧ-инфекции проводят тест на туб. инфицированность, а затем, в период динамического наблюдения, пробу Манту выполняют 2 раза в год с регистрацией её результата в карте диспансерного наблюдения. У лиц, выделяющих мокроту, проводят её исследование на МБТ. Больным ВИЧ-инфекцией при выявлении гиперергической пробы, выража или нарастании реакции на туберкулин фтизиатром проводится химиопрофилактика или лечение туберкулёза.

Третий этап профилактики

Третий этап предусматривает предупреждение прогрессирования или осложнений заболевания после того, как болезнь проявилась, и должен включать: Организацию контролируемого лечения туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. Создание системы психологической и социальной адаптации больных.

Стационарное лечение больных туберкулёзом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции осуществляется специалистом по ВИЧ-инфекции в боксах инфекционной больницы или центра СПИД, так как, кроме туберкулёза у этих больных требуется лечение ВИЧ-инфекции и диагностика и лечение других вторичных заболеваний, но при консультативной помощи фтизиатра.

Проблема сочетания туберкулёза и ВИЧ-инфекции тесно переплетается с проблемой лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулёзным препаратам. При полирезистентности преобладает устойчивость к изониазиду, рифампицину и этамбутолу. Обычно возникновение полирезистентности отражает неаккуратность лечения и нерегулярность приёма препаратов данным контингентом больных. В значительном проценте случаев полирезистентность является результатом внутрибольничной инфекции, когда больные, госпитализированные по поводу симптомов иммунодефицита, заражаются уже устойчивыми формами возбудителя от других больных СПИДом, ранее лечившихся по поводу туберкулёза. Данный путь распространения инфекции прослежен во многих госпиталях и подтвержден методами молекулярной эпидемиологии.

ГЛАВА II

2.1 СТАТИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ.

(с впервые в жизни установленным диагнозом)

	Абсолюттік саны Абсолютные числа		100 000 адамға шаққанда на 100 000 человек населения		
	2016	2017	2016	2017	
Қазақстан Республикасы	9381	9417	52.7	52.2	Республика Казахстан
Ақмола	522	478	70.6	64.9	Ақмолинская
Ақтөбе	490	492	58.3	57.8	Актюбинская
Алматы	1059	965	53.9	48.2	Алматинская
Атырау	398	387	66.2	63.0	Атырауская
Б.Қазақстан	308	310	48.2	48.1	3-Казахстанская
Жамбыл	490	492	58.3	57.8	Актюбинская
Қарағанды	757	709	54.7	51.3	Қарағандық
Қостанай	547	542	62.1	61.8	Қостанайская
Қызылорда	499	460	64.9	59.1	Қызылорда
Маңғыстау	376	363	59.2	55.7	Маңғыстау
О.Қазақстан	1166	1482	40.8	51.0	Ю-

					Казахстанская
Павлодар	409	371	54.0	49.1	Павлодарская
С.Қазақстан	413	376	72.9	67.0	С-Казахстанская
Ш.Қазақстан	691	744	49.6	53.7	В-Казахстанская
Астана қ.э.	502	540	54.4	53.9	г.а. Астана
Алматы қ.э.	634	623	63.7	35.1	г.а. Алматы

Число зарегистрированных случаев заболеваемости туберкулезом в РК за 2016 г. составляет 9381, а за 2017 г. общее число составило 9417. Самый высокий рост составило за 2016 г. в ЮКО с количеством 1166. А за 2017 г. из 9417 самый высокий рост показывает в ЮКО.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.

	Қала Город				Ауыл Село				
	Абсолюттік саны абсолютные числа		100 000 адамға шаққанда на 100 000 человек населения		Абсолюттік саны абсолютные числа		100 000 адамға шаққанда на 100 000 человек населения		
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	
Қазақстан Республикас	5656	5627	55.6	54.4	3725	3790	48.9	49.2	Республика

Ы									Казахста н
Ақмола	288	244	82.3	70.0	234	234	60.1	60.3	Ақмолин ская
Ақтөбе	354	33	67.2	61.5	136	161	43.3	51.4	Ақтүбин ская
Алматы	301	296	63.7	63.0	758	669	50.8	43.7	Алматин ркая
Атырау	188	191	65.4	64.9	210	196	67.0	61.3	Атыраус кая
Б.Қазақстан	185	184	57.7	55.9	123	126	38.6	40.0	3- Казахста нская
Жамбыл	299	223	66.6	49.9	311	352	43.8	52.5	Ақтүбин ская
Қарағанды	587	546	53.5	49.7	170	163	59.4	57.6	Қарағанд инская
Қостанай	329	284	70.3	60.3	218	258	52.7	63.5	Қостанай ская
Қызылорда	238	219	70.6	63.8	261	241	60.4	55.5	Қызылор динская
Маңғыстау	179	174	59.1	63.9	197	189	59.4	49.9	Маңғыст ауская

О.Қазақстан	619	841	48.0	63.7	547	641	34.8	40.5	Ю- Казахста нская
Павлодар	309	262	57.8	49.1	100	109	44.8	49.1	Павлода рская
С.Қазақстан	185	156	74.3	62.4	228	220	71.8	70.8	С- Казахста нская
Ш.Қазақстан	459	513	54.8	60.9	232	231	41.7	42.4	В- Казахста нская
Астана қ.ә.	502	540	54.4	53.9	0	0	0	0	г.а. Астана
Алматы қ.ә.	634	623	36.7	35.1	0	0	0	0	г.а. Алматы

В таблице 2 собраны показатели заболеваемости туберкулезом за 2016-2017 г в РК. Материал собран из городских и сельских населений, каждой населения разделили на абсолютные числа на 100000 населения. В масштабе городских населений в РК количество число в 2016 г показывает в г.Алмате, а 2017 г самый высокий рост составило в ЮКО. Количество сельских населений в масштабе в РК за 2016 г в г.Алмате, а 2017г составило в г.Алмате.

СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

	Туберкулёзден Қайтыс болғандар саны Число умерших от туберкулёза		100 000 адамға шаққандағы өлім-жігім көрсеткіші Смертность на 100 000 человек населения		
	2016	2017	2016	2017	
Қазақстан Республикасы	607	536	3.4	3.0	Республика Казахстан
Ақмола	31	24	4.2	3.3	Акмолинская
Ақтөбе	30	23	3.6	2.7	Актюбинская
Алматы	37	33	1.9	1.6	Алматинская
Атырау	14	14	2.3	2.3	Атырауская
Б.Қазақстан	17	17	2.7	2.6	З-Казахстанская
Жамбыл	40	30	3.6	2.7	Жамбульская
Қарағанды	95	69	6.9	5.0	Карагандинская
Қостанай	42	33	4.8	3.8	Костанайская
Қызылорда	26	25	3.4	3.2	Кызылординская
Маңғыстау	17	17	2.7	2.6	Мангыстауская
О.Қазақстан	71	67	2.5	2.3	Ю-Казахстанская
Павлодар	25	24	3.3	3.2	Павлодарская
С.Қазақстан	22	24	3.3	3.2	С-Казахстанская
Ш.Қазақстан	54	55	3.9	4.0	В-Казахстанская
Астана қ.э.	19	18	2.1	1.8	г.а. Астана
Алматы қ.э.	67	63	3.9	3.5	г.а. Алматы

Статические показатели смертность от туберкулеза в РК за 2016-2017 г, число умерших от туберкулеза за 2016г составляет 607 самый высокий рост составило из города Караганды, а за 2017г составляет 536 самый высокий рост тоже в Караганде. Таким образом, в Карагандинской области сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу. Особую тревогу вызывает рост заболеваемости и смертности от туберкулезом составляет детей и подростков. В перинатальном центре Караганды в этом году 70 женщин отказались вакцинировать новорожденных от туберкулеза.

2.2 МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПМСП.

Одним из важных звеньев Национальной противотуберкулезной программы является взаимодействие противотуберкулезной службы с учреждениями ПМСП, на уровне которых осуществляется выявление и контроль лечения больных туберкулезом на поддерживающей фазе.

По данным регионов, в мероприятиях борьбы с туберкулезом в 2016 г. задействованы 21258 специалистов сети ПМСП. С целью выявления туберкулеза в республике организованы 332 микроскопические лаборатории, из них в учреждениях ПМСП- 250. Действуют 1989 кабинетов сбора мокроты, из них в учреждениях ПМСП-1772, а также 3173 кабинетов непосредственно контролируемого лечения из которых в ПМСП- 3068.

Комплекс противотуберкулезных мероприятий, проводимый на уровне учреждений ПМСП, регламентирован стратегией интегрированного контроля туберкулеза в РК и приказом МЗСР от 22.08 2014гю №19. Выявление случаев туберкулеза проводится путем дифференцированного осмотра методом флюорографии лиц «группы риска» среди взрослых и подростков. Также охват детей из «группы риска» туберкулино диагностикой вырос и составил 3047,7 тыс. лиц, против 2334,4 тыс. Человек в 2015г. Выявленные 178 детей взяты на диспансерных учет и лечения.

Эффективность метода микроскопии в диагностике туберкулеза на уровне учреждений ПМСП выросла и равна 5% против 4,4% за аналогичный период 2015г. Вместе с тем, низкий показатель отмечается в Актюбинской и Карагандинской области, Южно-Казахстанской области- 4,4%.

Глава III.

ВНЕДРЕНИЕ ПЕРЕДОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ВЛИЯНИЕ НА СИТУАЦИЮ ПО М/ШЛУ ТБ

Республика Казахстан является одной из немногих стран среди независимых государств, где во всех областных, городских и региональных бактериологических лабораториях внедрены передовые инновационные лабораторные технологии по ускоренной диагностике туберкулеза с устойчивой формой чувствительности МВТ методами ВАСТЕС MGIT-960, Hain- test и Gene-Xpert.

Всего в стране для диагностики МЛУ ТБ функционирует 23 Gene-Xpert оборудования. Установлены, оснащены и функционируют еще 12 оборудований для Hain- тестирования. Все ОПТД и в лаборатории КУИС Карагандинской оснащены установками ВАСТЕС MGIT-960. Для обеспечения полного охвата всеми диагностическими методами по ранней диагностике ТБ/ М/ ШЛУ ТБ. С 2015 г. Во всех ПТО внедрен стандартный алгоритм бактериологического обследования больных, утвержденный приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 2 февраля 2016 года №77 « Об утверждении Стандарта организации оказания противотуберкулезной помощи в Республике Казахстан». Такое оснащение позволило на 98% охватить тестом на лекарственную чувствительность больных туберкулезом и назначить адекватное лечение и, тем самым, обеспечить соблюдение принципов инфекционного контроля, повысить эффективность лечения.

В рамках Глобального фонда в 2018 г планируется обеспечение расходными материалами и реактивами на экспресс-методы все регионы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В конце XX столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулезом, появились остро прогрессирующие формы его, напоминающие скоротечную чахотку. Эта тенденция наблюдается как в Казахстане, так и во многих экономически развитых странах Восточной, Западной Европы, США и свидетельствует о низкой эффективности противотуберкулезных мер. В процессе повседневной работы врачи часто теряют настороженность в отношении туберкулеза, ошибочно считают его редким заболеванием и не применяют методы диагностики, направленные на выявление туберкулеза даже у больных с наличием характерных клинических проявлений. На основании проделанной работы, можно сделать вывод, что профилактика на всех этапах борьбы с туберкулезом была одним из основных противотуберкулезных мероприятий. В зависимости от объекта профилактических мер и масштабов их можно разделить на 3 большие группы: Мероприятия, проводимые среди всего населения (вакцинация и ревакцинация БЦЖ, санитарные меры по ограждению наиболее уязвимых контингентов от инфекции и суперинфекции). Мероприятия, осуществляемые в группах населения с повышенным риском развития туберкулеза (учет, диспансерное наблюдение, оздоровление, химиопрофилактика). Меры, предпринимаемые в очагах инфекции (оздоровление очага, дезинфекция, изоляция больного, наблюдение за контактными). Если первым принципом борьбы с туберкулезом в нашей является ее государственный характер, то вторым может быть назван лечебно-профилактический, третий принцип - организация противотуберкулезной работы силами специализированных учреждений, широкое участие в этой работе всех ЛПУ. Комплексный план борьбы с туберкулезом включает следующие разделы: укрепление материально-технической базы, в т.ч. оснащение ЛПУ, обеспечение необходимыми кадрами и повышение их квалификации, проведение мероприятий, направленных на уменьшение

резервуара туберкулезной инфекции и предупреждение ее распространения среди здорового населения, выявление больных и их лечение. Необходимо помнить, что туберкулез относится к контролируемым, т.е. управляемым, инфекционным заболеваниям и проведение четких и своевременных мероприятий по профилактике туберкулеза позволяет добиться значительного уменьшения распространенности этого опасного заболевания.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Детям, инфицированным МБТ с гиперергической чувствительностью к туберкулину показано лечение в специализированных туберкулезных санаториях.
2. При проведении профилактики туберкулеза у инфицированных детей, помимо назначения противотуберкулезных препаратов, целесообразно проводить терапию неспецифической патологии, особенно санацию очагов инфекции в ЛОР органах, повышать устойчивость к респираторным инфекциям.
3. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий целесообразно использовать курс НИЛИ, способствующий снижению чувствительности к туберкулину и повышению общей резистентности организма детей.
4. Учитывая низкие показатели физического развития детей, необходимо усилить насыщение организма белками и витаминами за счет улучшения санаторного питания.
5. В санаторном лечении детей из очагов туберкулезной инфекции необходимо использовать 2 противотуберкулезных препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шелкова, Е. С., & Романенко, В. В. (2015). Туберкулез вчера, сегодня, завтра. Медицинский алфавит, 1(6), 34-42.
2. Пузырева, Л. В., Сафонов, А. Д., Лебедев, О. И., & Мордык, А. В. (2016). Туберкулез глаз. Вестник офтальмологии, 132(3), 103-107.
3. Васильева, И. А., Белиловский, Е. М., Борисов, С. Е., & Стерликов, С. А. (2017). Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в странах мира и в российской федерации. Туберкулез и болезни легких, 95(11), 5-17.
4. Манина, В. В., Старшинова, А. А., & Пантелеев, А. М. (2018). Туберкулез и ВИЧ-инфекция: эпидемическая ситуация в России и в мире за последние десять лет, особенности выявления и диагностики. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии, 9(4), 7-16.
5. Лозовская, М. Э., Ключкова, Л. В., Васильева, Е. Б., Мосина, А. В., Яровая, Ю. А., & Быкова, В. В. (2017). Туберкулез у детей раннего возраста. Педиатр, <S(S).
6. Корецкая, Н. М., Наркевич, А. Н., Наркевич, А. А., & Гринь, Е. Н. (2017). Туберкулез и табакокурение: риск развития специфического процесса и его особенности у курящих больных. Пульмонология, 27(1), 51-55.
7. Тодорико, Л. Д., Петренко, В. И., Вольф, С. Б., Кужко, М. М., Гельберг, И. С., Алексюк, Е. Н., & Семьянив, И. А. (2016). Мультирезистентный туберкулез и коинфекция ВИЧ/ТБ: особенности эпидемической ситуации в Украине и Беларуси. Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-Іфекція, (3), 10-16.
8. Аликеева, Э. А., Исмаилов, Ж. К., Берикова, Э. А., & Арингазина, А. М. (2017). Резистентные формы туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в Казахстане. Наука, новые технологии и инновации, (8), 20-22.
9. Аликеева, Э. А., Исмаилов, Ж. К., Берикова, Э. А.,

Арингазина, А.М.Садыкова, Л.А. (2017).

Медико—социальное сопровождение пациентов с вич-ассоциированным туберкулезом. Вестник Казахского Национального медицинского университета, (2).

10. Утеулиев, Е. С., Спатаева, Л. Э., & Попова, Т. В. (2018). Определение качества жизни у больных с туберкулезом легких с лекарственно устойчивой формой (литературный обзор). Вестник Казахского Национального медицинского университета, (1).

11. Асемгалиев, Д.Ж.,& Ракишева, А.С. (2017).

Реструктуризация коечного фонда и меры инфекционного контроля при туберкулезе на примере региона. Вестник Казахского Национального медицинского университета, (2).

12. Иванов, А. К., Нечаев, В. В., Пожидаева, Л. Н., & Назаров, В. Ю. (2015). Летальность больных с сочетанием туберкулеза, вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции. Медицинский Альянс, (1).