

72

### ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Темирбаев А.А.<sup>1</sup>, Дюсенов А.К.<sup>2</sup>,  
Шоланова Л.М.<sup>1</sup>, Мещеряков С.А.<sup>1</sup>.  
КГУ «Областной противотуберкулезный  
диспансер»<sup>1</sup>, г. Караганда, Казахстан  
Управление здравоохранения Карагандинской  
области<sup>2</sup>, г. Караганда, Казахстан

В Республики Казахстан при комплексном лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких имеются условия, обуславливающие необходимость хирургического лечения: это сохранение эпидемической ситуации по туберкулезу, нарастание остро прогрессирующих и лекарственно-устойчивых форм, агрессивность и малоэффективность противотуберкулезной полихимиотерапии, затруднение проведения длительной и полноценной медикаментозной терапии при низком социальном уровне жизни населения.

В КГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» с 2001 года в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких начато применение препаратов второго ряда. С этого периода по настоящее время оперированы 295 больных с множественной лекарственной устойчивостью, из них 90 больных (30,5%) оперированы с 2001 по 2009 годы, а с 2010 года в связи с увеличением финансирования за счет республиканского бюджета и международных фондов за 2010 – 2012 годы выполнены операции у 205 больных (69,5%). В процентном соотношении с 2001 по 2009 годы число больных, оперированных по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза, колебалось от 2,2 до 16,8% к общему числу оперированных, а в 2010 году это соотношение составило 38,3%, в 2011 году – 43,4%, в 2012 году – 38,4%. С учетом того, что основная масса оперированных приходится на 2010-2012 годы, аспекты хирургической помощи этой категории больных рассмотрены в данной работе за эти годы. Эти аспекты рассмотрены со следующих позиций: соотношение деструктивных форм, наличие или отсутствие бактериовыделения до операции, на какой фазе лечения проводилось хирургическое вмешательство, характер оперативного пособия, наличие послеоперационных осложнений. Что отмечено: 1. снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза с 50% до 37,3%; 2. увеличение доли туберкулом с 24,2 до 39%; 3. уменьшение сохранения бацилловыделения до операции с 21 до 6 больных; 4. нарастание числа абациллированных больных до операции с 38 до 75; 5. увеличение соотношения больных, оперированных на поддерживающей фазе с 30,5 до 54%; 6. уменьшение операций резекционно-го характера с 81,4% до 65,6%; 7. сохранение

или даже нарастание паллиативных операций (в основном, торакопластика) с 18,6 до 23%; 8. послеоперационных осложнений у этой категории больных не отмечено. Снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза легких обусловлено увеличением распространенности туберкулезного процесса. Это обстоятельство определяет невозможность выполнения резекции легкого и с этим связано увеличение паллиативных операций, в основном за счет торакопластики. Достаточное лекарственное обеспечение на дооперационном этапе определяет достижение состояния ремиссии, одной из характеристик которой является абациллирование. Увеличение числа больных, оперированных на поддерживающей фазе, обусловлено стремлением достижения хорошего операционного фона, позволяющего произвести радикальную операцию. Для этого использовались такие методы комплексного лечения, как искусственный пневмоторакс, пневмоперитонеум. Для повышения эффективности коллапсохирургических операций использовался метод клапанной бронхоблокации у 2 больных.

Таким образом, хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза является действенным методом лечения в комплексе противотуберкулезных мероприятий.

73

### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И ВИЧ

Садыков А.С., Турдалиев Б.Б.  
Кафедра фтизиатрии Ташкентского педиатрического  
медицинского института,  
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить некоторые медико-социальные факторы у больных туберкулезом легких (ТЛ) сочетанной с ВИЧ инфекцией.

Материал и методы: Проанализированы факторы медико-социального характера у 403 больных ТЛ+ВИЧ.

Результаты: Среди больных мужчины составили 71,2%, женщин – 28,8%. Преобладали лица в возрасте от 21 до 39 лет (59%) и жители села (73,4%).

Большинство (72%) больных не работали. Инвалиды составили 9,2%, пенсионеры – 4,7%. Среди вредных привычек преобладало курение – 82%, употребление алкоголя и наркотиков установлено у 59% и 69% соответственно. 52,3% пациентов имели низкие семейные доходы. У 77% больных установлено незаконченное среднее образование.

ТЛ выявлен при профилактическом осмотре у 34,7%, при обращаемости у 59% и при обследовании в центрах СПИД у 23% больных. В основном у больных отмечены 3 стадия ВИЧ (22%) и 4 стадия ВИЧ инфекции (40,4%).

Первоначальный диагноз ВИЧ был установлен у 61%, одновременно ТЛ+ВИЧ у 13% первоначально ТЛ у 26 % больных. У 69,7% больных были установлены наличие сопутствующих заболеваний.

Среди клинических форм туберкулеза преобладали больные с диссеминированным туберкулезом легких (44,5%), инфильтративный туберкулез составил 25%.

Заключение: Больные с ТЛ+ВИЧ это в основном мужчины в возрасте от 21 до 39 лет, не работающие, имеющие вредные привычки, с большой частотой сопутствующей патологии, с преобладанием диссеминированного туберкулеза в легких.

74

### **УЛУЧШЕНИЕ КОНТРОЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УЛАНСКОМ РАЙОНЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Павлова С.Б., Ким К.Н.  
Филиал ОО «Ассоциация семейных врачей Казахстана», г. Усть-Каменогорск, Казахстан

В мае 2011 года, в Уланской районе Восточно-Казахстанской области, в рамках проекта борьбы с туберкулезом Ассоциация семейных врачей Казахстана совместно с проектом USAID «Качественное здравоохранение», внедряет новые технологии непрерывного повышения качества в выявлении туберкулеза и оказании помощи больным. Приоритетным направлением в работе является: повышение настороженности врачей в сети ПМСП по отношению к больным с грудными жалобами, повышение уровня выявляемости туберкулеза, правильный контролируемый сбор у таких больных мокроты и исследование ее микроскопическим методом на наличие микобактерий туберкулеза, лечение больных под контролем медицинских работников лечебного учреждения. Данная задача осуществима при полной интеграции противотуберкулезной службы с сетью ПМСП, так как абсолютное число больных с впервые выявленным туберкулезом обращаются к специалистам сети ПМСП.

НПК – это интересный управленческий подход, который успешно используется в производстве и бизнесе. Аналогичные подходы повышения качества применяются в медицине. Повысить качество один раз и навсегда невозможно, это – непрерывный процесс. НПК может поднять дух коллектива, повысить производительность, эффективность помощи и степень удовлетворенности пациентов.

Процесс НПК является коллективным, участвует вся команда, работающая в конкретной медицинской организации. НПК – это, прежде всего, постоянная самооценка. Когда коллектив начинает вносить улучшения в свою работу, то работники

сами контролируют воздействие изменений. Такой самоанализ или аудит носит циклический характер. Благодаря цикличности происходит постоянное движение вперед: от одной цели к другой, т.е. повышается качество. При этом используется принцип конфиденциальности результатов мониторинга помощи, отказ от системы наказания и отсутствие внешних контролеров.

В рамках реализации проекта, с целью улучшения качества диагностики туберкулеза, были разработаны следующие индикаторы:

- I. Улучшение настороженности в отношении туберкулеза у больных с кашлем
- II. Улучшение соблюдения диагностического алгоритма у больных с подозрением на туберкулез
- III. Улучшение качество сбора мокроты у больных с подозрением на туберкулез
- IV. Улучшение проведения непрерывного контролируемого лечения при туберкулезе

По данным индикатором были разработаны инструменты для улучшения качества – стикеры, содержащие перечень алгоритма диагностики туберкулеза. Для ежемесячного внутреннего аудита используются амбулаторные карты кашляющих больных, журнал регистрации пациентов с подозрением на туберкулез, журнал регистрации сбора мокроты, журнал учета выдачи лекарственных средств больных туберкулезом.

На сегодняшний день в пилотных организациях первично-медико санитарной помощи Уланского района Восточно-Казахстанской области работающих по принципам непрерывного повышения качества, повысилась настороженность врачей в отношении туберкулеза, и как следствие уменьшилось количество запущенных случаев, улучшилось качество диагностики (сбора мокроты), снизилось число случаев отрыва пациентов от лечения.

Внедрение стандартов непрерывного повышения качества, является залогом своевременного выявления, успешного излечения, прекращения формирования устойчивых форм заболевания и уменьшения резервуара туберкулезной инфекции в обществе.

75

### **ВНЕДРЕНИЕ НОВЫХ ЭКСПРЕСС ТЕХНОЛОГИЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА И МЛУ ТБ (МЛУ ТБ – ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ) В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ГОРОДА АСТАНА**

Булдубаев Б.Т., Ибраева Ж.Ж,  
Протченко Н.П., Дакенова Ж.К., Акишева А.С.  
Противотуберкулезном диспансере города г.Астана, Казахстан

В противотуберкулезном диспансере г. Астаны с августа 2010 года начато внедрение современ-