

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Диссертационный совет 14.21.630

На правах рукописи
УДК 616-002.5-07:614.2

КИМ ТАТЬЯНА МИРОНОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И
ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

14.01.16 - фтизиатрия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2021

Работа выполнена в Международной высшей школе медицины

Научный руководитель:

Чубаков Тулеген Чубакович
доктор медицинских наук, профессор
КГМИПипК им. С.Б. Даниярова,
заведующий кафедрой
фтизиопульмонологии

Официальные оппоненты:

Адамбекова Асель Доктурбековна, доцент,
и. о. профессора кафедры микробиологии и
вирусологии Кыргызской Государственной
Медицинской Академии им И.К. Ахунбаева.

Азыкова Айнура Бариевна, доцент
кафедры фтизиатрии Кыргызско-
Российского Славянского Университета им.
Б.Н. Ельцина.

Ведущая (оппонирующая) организация:

Казахский Национальный центр
фтизиопульмонологии.

Защита диссертации состоится 21 сентября 2021 года в 10.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.21.630 по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук при Национальном центре фтизиатрии Министерства здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики и Ошском Государственном Университете Министерства образования и науки Кыргызской Республики по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Исы Ахунбаева, 90а., 2 этаж в конференц-зале, идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/ar3-o7x-jk3-fis>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Национального центра фтизиатрии при МЗиСР КР (720020, г.Бишкек, ул.Ахунбаева 90 А) и Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720020, г.Бишкек, ул. Ахунбаева 92) и на сайте <https://tbcenter.kg/>.

Автореферат разослан 20 августа 2021 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Мырзалиев Б.Б.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В настоящее время заболеваемость туберкулезом представляет глобальную угрозу общественному здоровью. По данным ВОЗ в 2019 г. произошло порядка 10 млн. новых случаев заражения туберкулезом во всем мире. От туберкулеза в 2019 г. умерли около 1,4 миллиона человек, из них 208 000 ВИЧ-инфицированных пациентов. Серьезным препятствием на пути борьбы с туберкулезом в глобальном масштабе является рост случаев ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), требующий больших финансовых затрат. В 2019 году во всем мире туберкулезом устойчивым к рифампицину заболело почти полмиллиона человек, из которых 78% заболели туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). (ВОЗ, 2020).

В Кыргызской Республике (КР) эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается неблагоприятной (Кадыров А.С., 2020). В 2019 году заболеваемость туберкулезом составила – 77,2 на 100 тыс. населения, а показатель смертности от ТБ – 3,8 на 100 тыс. населения. (Токтогонова А.А., 2020). Сроки установления диагноза ТБ в различных странах мира находятся в диапазоне от 0 до 162 дней. Ответственность за выявление ТБ и его лечение ложится на медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Выявление на ранних стадиях заболевания имеет большое значение для контроля и ограничения распространения инфекции *Mycobacterium tuberculosis* (МБТ) среди населения и в организациях здравоохранения (ОЗ), а также для снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза (Юрасова Е.Д., 2011; Мишин В.Ю., 2013; Павлушин А.В. и соавт., 2014; Челнокова О.Г. и соавт., 2020; Гусейналиева В.Н., 2020).

На уровне первичного звена здравоохранения бактериоскопия/микроскопия мазка мокроты - приоритетный метод исследования для постановки диагноза туберкулез. Бактериоскопия выявляет пациентов, которые выделяют значительное количество возбудителей туберкулеза с мельчайшими частицами мокроты при кашле, чиханье, разговоре и представляют высокую опасность заражения окружающих, но при этом эффективность данного метода невысока. Диагноз легочного туберкулеза становится более точным, когда из мокроты высевается и прорастает культура *M. tuberculosis* – это «золотой стандарт» бактериологической диагностики ТБ. В идеале все случаи положительного мазка мокроты (МБТ(+)) ТБ должны быть подтверждены методом посева на культуру (Creswell J. et al., 2014; Dusthacker, A. et al., 2019; MacGregor-Fairlie, M. et al., 2020). В связи с широким распространением МЛУТБ и продолжающимся ухудшением ситуации с лекарственной устойчивостью, возрастает необходимость, как можно раньше выявлять и начинать лечение случаев МЛУ ТБ (Zumla A., 2013; Pai M. et al., 2016; Dadu, A., 2019; Jang J.G., 2020; Бурмистрова, И.А. и соавт., 2020).

В настоящее время во многих странах мира внедряется и тестируется система, рекомендованная ВОЗ, под названием Xpert MTB/RIF, использующая метод полимеразной цепной реакции, что позволяет выявить возбудителей туберкулеза в мокроте и определить устойчивость к рифампицину в течение

двух часов (ВОЗ, 2017). ВОЗ разработаны новые международные стандарты и рекомендации по туберкулезу с акцентом на проведение раннего выявления, диагностики, лечения и профилактики, которые ориентированы на пациента (пациент-ориентированный подход). Каждая страна мира обязана внедрить эти стандарты в практическую деятельность после проведения адаптации к своим условиям с учетом состояния экономики, финансового положения и особенности системы здравоохранения (ВОЗ, 2017).

В доступной нами литературе четкие критерии сроков своевременного выявления и диагностики туберкулеза отсутствуют. Научные исследования по анализу сроков диагностики и факторов, влияющих на выявление, а также изучение эффективности применения теста Xpert MTB/RIF в КР единичные и их результаты противоречивы.

Все вышеизложенное подтверждает актуальность проблемы совершенствования выявления и диагностики туберкулеза с учетом социальных и медицинских факторов, влияющих на сроки выявления заболевания, что определило цель и задачи данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями и крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Работа является инициативной.

Цель исследования. Повышение эффективности раннего выявления и диагностики туберкулеза легких путем оптимизации противотуберкулезных мероприятий в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования:

1. провести анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу (заболеваемость, смертность) в современных условиях в Кыргызской Республике, Чуйской области, Ысык-Атинском районе за период 2006-2019 гг.;
2. изучить сроки выявления туберкулеза легких у вновь выявленных больных и факторы, влияющие на сроки выявления и диагностики заболевания;
3. провести сравнительную оценку современных методов выявления и диагностики туберкулеза легких, принятых в Кыргызской Республике, а также роль молекулярных методов диагностики туберкулеза на первичной медико-санитарной помощи;
4. разработать научно-обоснованные предложения и рекомендации по сокращению сроков и повышению эффективности выявления, диагностики туберкулеза органов дыхания у взрослого населения.

Научная новизна работы.

На основании полученных результатов в Кыргызской Республике:

- изучены эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности населения от туберкулеза в Кыргызской Республике, Чуйской области, Ысык-Атинском районе за 2006-2019 гг.
- изучена эффективность различных методов выявления и диагностики туберкулеза, включая молекулярный метод Xpert MTB/RIF, с помощью которого определялась чувствительность микобактерии туберкулеза до начала противотуберкулезной терапии;

- впервые определены сроки установления диагноза туберкулеза легких, включая сроки первичного обращения пациента к врачу с симптомами заболевания и продолжительность установления диагноза туберкулеза, с применением метода Xpert MTB/RIF на первичном уровне медицинских услуг;
- определены факторы, влияющие на сроки первичного обращения пациента к врачу и сроки установления диагноза туберкулеза на первичном уровне медицинских услуг;
- впервые проведен анализ уровня и характер стигмы у больных с вновь выявленным туберкулезом легких;
- разработаны алгоритмы выявления и диагностики туберкулеза органов дыхания, основанные на новых международных подходах и стандартах (пациент-инициированный метод выявления).

Практическая значимость полученных результатов. На основании результатов проведенного исследования:

1. разработанные новые адаптированные подходы и рекомендации, основанные на международных стандартах и принципах пациент-инициированного метода выявления туберкулеза, способствуют сокращению сроков установления диагноза, повышению эффективности выявления, диагностики и позволяют проведению своевременного лечения, включая пациентов с подозреваемой устойчивой формой туберкулеза;
2. разработанные алгоритмы выявления туберкулеза среди групп высокого риска и диагностика туберкулеза легких на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) позволяют внедрить систему быстрой и качественной диагностики заболевания, способствуют значительному снижению эпидемиологических показателей по туберкулезу среди населения;
3. определена эффективность использования различных современных методов выявления и диагностики туберкулеза на уровне ПМСП, включая метод Xpert MTB/RIF.

Экономическая значимость полученных результатов

Использование новых подходов и организации выявления и диагностики туберкулеза позволит проведению раннего эффективного лечения и снизит расходы здравоохранения на проведение противотуберкулезных мероприятий.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Чуйской области и Ысык-Атинском районе продолжает оставаться напряженной. Основные эпидемиологические показатели (заболеваемость, смертность от туберкулеза) выше среднереспубликанских величин.
2. Факторами задержки выявления и диагностики туберкулеза являются низкая осведомленность населения о заболевании, существующая в обществе стигма и дискриминация в отношении больных туберкулезом, также недостаточная координация взаимодействия ПМСП и противотуберкулезной службы, способствующими увеличению сроков установления диагноза туберкулеза.
3. Низкая эффективность применяемых методов выявления, диагностики, слабая организация противотуберкулезных мероприятий и возрастающее число

пациентов с лекарственной устойчивостью требуют внедрения новых международных стандартов и рекомендаций по туберкулезу, включая систему быстрой диагностики на уровне ПМСП.

4. Применение новых подходов (пациент-инициированный) и алгоритмов раннего выявления и диагностики туберкулеза легких у взрослых позволяет существенно повысить эффективность противотуберкулезных мероприятий и снизить уровень распространенности заболевания среди населения.

Личный вклад соискателя. Автором самостоятельно проведен аналитический сбор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой теме, составлена программа исследования, разработаны анкеты-опроса, проведены обработка и анализ полученных результатов.

Апробации результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: кафедральном заседании кафедры ОЗ МВШМ (2012 г.); научной конференции в Дни науки КГМА (Бишкек, 2012), научной конференции молодых ученых, посвященной 20-летию КГМИПипК (Бишкек, 2013 г.), Втором съезде врачей общей практики и семейных врачей (Ош, 2017).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Основные положения диссертации внесены в учебные программы непрерывного медицинского образования КГМИПипК по специальностям семейной медицины и фтизиопульмонологии. Разработано и издано учебно-методическое пособие «Выявление и диагностика туберкулеза на уровне ПМСП», которое предназначено для студентов медицинских ВУЗов, специалистов первичного звена. Материалы работы отражены в 11 публикациях, в том числе одном учебно-методическом пособии.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 137 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованных источников. Работа иллюстрирована 18 таблицами и 7 рисунками. Список использованной литературы включает 240 источников, из них 84 авторов ближнего зарубежья и 156 авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность темы, определены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость работы и сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Проанализированы данные литературы, посвященные проблеме диагностики туберкулеза. В данной главе автор отражает эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в мире и КР. Дано сравнительное описание существующих методов выявления и диагностики ТБ, отражены основные международные рекомендации по раннему выявлению и диагностике ТБ, освещены факторы, удлиняющие сроки диагностики ТБ, связанные с пациентом и системой здравоохранения.

Глава 2. Материалы и методы исследования. Описаны материалы и

методы, которые были применены в работе. Данное исследование было выполнено на базе Ысык–Атинской районного ЦСМ в г. Кант, Чуйского областного центра борьбы с туберкулезом.

Для оценки уровня распространенности туберкулеза использованы материалы официальной регистрации туберкулеза за 2006 -2019 гг., материалы республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) и формы отчетов за тот же период по КР, Чуйской области и Ысык–Атинскому району.

Объектом исследования явились пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении в возрасте старше 18 лет (1653 больных туберкулезом).

Предмет исследования – методы диагностики туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи: микроскопия мазка мокроты, культуральный метод, молекулярное тестирование с использованием Xpert MTB/RIF.

В соответствии с целью и задачами, поставленными в исследовании, была проведена работа, состоящая из 5 этапов.

На первом этапе проведен обзор литературы и законодательных нормативно – правовых актов в системе здравоохранения, данные РМИЦ, так же анализ комплекса научных трудов и журналов, авторефераты диссертаций по изучаемой проблеме.

Второй этап. Изучены эпидемиологические данные о распространенности туберкулеза в Кыргызской Республике, Чуйской области и Ысык-Атинском районе. Проведен анализ статистических данных ежегодных сборников «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранений КР» за 2006-2019гг. (РМИЦ) и статистических показателей по туберкулезу указанных регионов.

Третий этап. Проводился анализ показателей: демографические показатели; уровень осведомленности пациентов о симптомах туберкулеза; обращаемость в медицинские учреждения; сроки диагностики заболевания; начало лечения; уровень стигмы и дискриминации.

Исследование включало изучение факторов, влияющих на сроки выявления и диагностики туберкулеза в Кыргызской Республике, изучение методов взаимодействия работников ГСВ/ЦСМ и противотуберкулезной службы, выявление возможных барьеров и их эффективного сотрудничества. Одним из методов данного этапа был определен социологический опрос (анонимное анкетирование). Было проведено анкетирование больных, находящихся на амбулаторном лечении по поводу туберкулеза легких в Ысык-Атинском ЦСМ в г. Кант и был осуществлен анализ 330 анкет.

Проведен анализ уровня и характер стигмы у 135 больных вновь выявленного туберкулеза органов дыхания методом конфиденциального анкетирования.

Четвертый этап. Изучена методология ведения пациентов с подозрением на туберкулез и больных с установленным диагнозом туберкулез с применением современных методов выявления, включая Xpert MTB/RIF.

Пятый этап. Разработка мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным туберкулезом легких по результатам

проведенного исследования в соответствии с международными стандартами.

Все полученные данные были обработаны на компьютере с помощью специальной программы для анализа статистической информации - SPSS (Statistical Package for the Social Science), пакета прикладных программ Excel и WindowsXP.

В главе 3 приведены результаты собственных исследований.

3.1. Анализ эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Чуйской области и Ысык-Атинском районе за период 2006-2019 гг.

Заболеваемость туберкулезом среди населения КР и регионах за указанный период наблюдения постепенно снижается (рис. 1). Данный показатель за весь период наблюдения в Чуйской области был достоверно выше ($p>0,05$) общереспубликанского показателя, а заболеваемость туберкулезом населения Ысык-Атинского района была значительно ниже областного показателя. Высокий показатель заболеваемости туберкулезом на территории Чуйской области, который сохраняется до сих пор, обусловлен значительным числом внутренних мигрантов и асоциальных лиц (лица БОМЖ, прибывшие из пенитенциарного сектора).

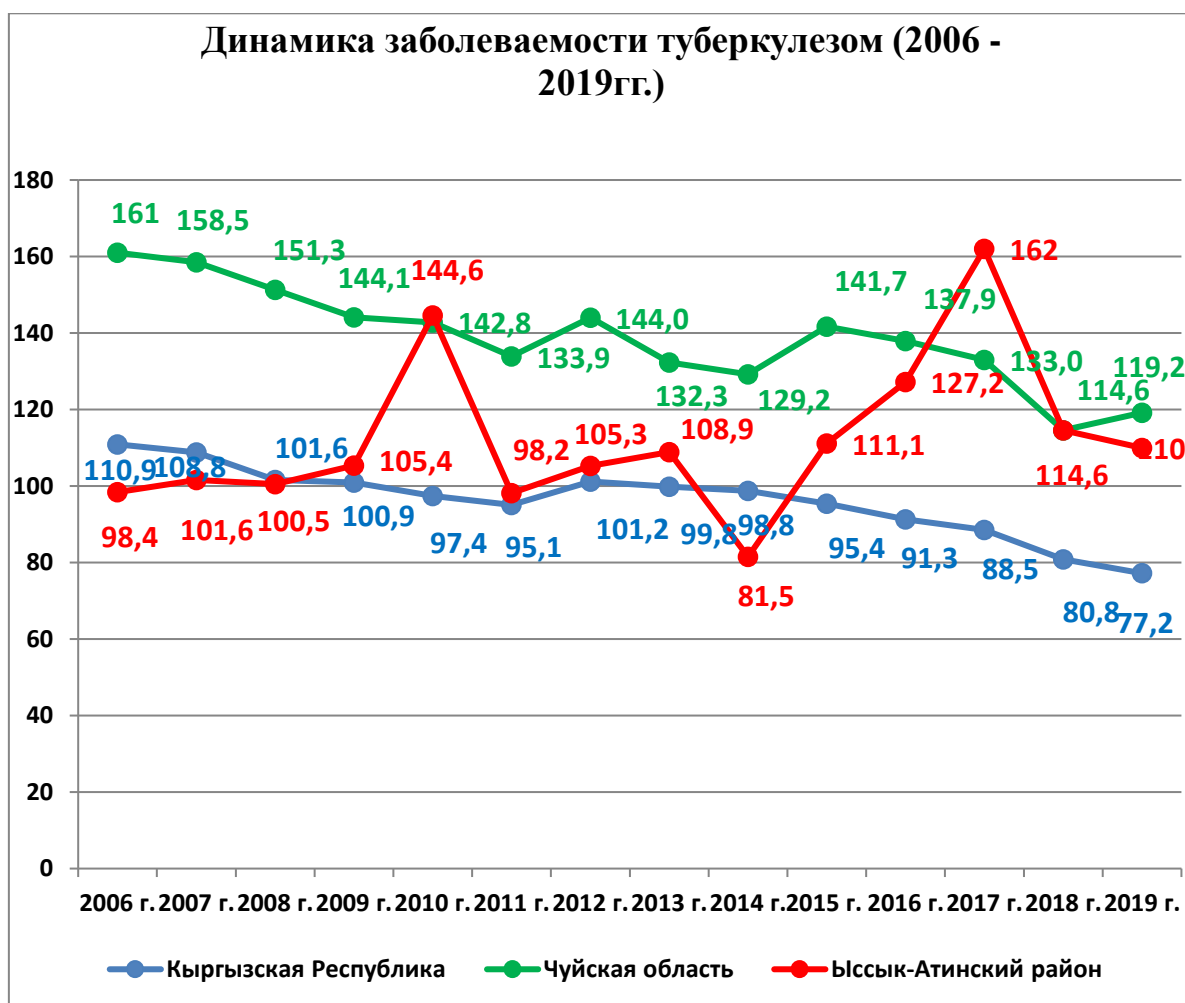


Рисунок 1. Заболеваемость туберкулезом в Кыргызской Республике, Чуйской области и Ысык-Атинском районе (2006-2019 гг.).

При этом установлено, что в динамике уровень заболеваемости туберкулезом по Кыргызской Республике имел в основном тенденцию снижения, за исключением 2012 года (табл. 3.1). Наибольшее, но при этом незначительное снижение наблюдалось в 2010 году ($97,4 \pm 1,3$ на 100 населения) на -11,5%, $p > 0,05$, 2018 году ($80,8 \pm 1,1\text{‰}$) на -8,7%, $p < 0,001$, 2008 году ($101,6 \pm 1,3\text{‰}$) на -6,6%, $p < 0,001$, 2019 году ($77,2 \pm 1,0\text{‰}$) на -4,4%, $p < 0,01$, 2016 году ($91,3 \pm 1,2\text{‰}$) на -4,2%, $p < 0,01$, 2015 году ($95,4 \pm 1,2\text{‰}$) на -3,4%, $p < 0,05$, 2017 году ($88,5 \pm 1,1\text{‰}$) на -3,0%, $p > 0,05$. В остальные годы снижение заболеваемости было в пределах от -0,7% до -2,3% по темпу убыли. В 2011 году ($95,1 \pm 1,3\text{‰}$) на -2,3%, $p > 0,05$, 2007 году ($108,8 \pm 1,4\text{‰}$) на -2,1%, $p > 0,05$, 2013 году ($99,8 \pm 1,3\text{‰}$) на -1,2%, $p > 0,05$, 2014 году ($98,8 \pm 1,3\text{‰}$) на -1,0%, $p < 0,05$. В 2012 году ($101,1 \pm 1,3$) прирост показателя составил +6,2%, $p < 0,001$.

В динамике по Чуйской области прослеживалось незначительное снижение показателя заболеваемости туберкулезом во все годы, за исключением 2012, 2015 и 2019 годов (табл. 3.2). Наибольшее снижение показателя было в 2018 году ($114,6 \pm 6,6\text{‰}$) на -13,8%, $p > 0,05$, 2013 году ($132,3 \pm 3,9\text{‰}$) на -8,1%, $p > 0,05$, 2011 году ($133,9 \pm \text{‰}$) на -6,2%, $p > 0,05$, 2009 году ($144,1 \pm \text{‰}$) на -4,7%, $p > 0,05$ и 2008 году ($151,3 \pm 4,4\text{‰}$) на -4,5%, $p > 0,05$, а незначительное его снижение отмечается в 2017 ($133,0 \pm 3,8\text{‰}$), $p > 0,05$, 2016 ($137,9 \pm 3,9\text{‰}$), $p > 0,05$, 2014 ($129,2 \pm 3,8\text{‰}$), $p < 0,05$, 2010 ($142,8 \pm 4,1\text{‰}$), $p > 0,05$, и 2007 годы ($158,5 \pm 4,5\text{‰}$), $p > 0,05$, на -3,5%, -2,6%, -2,3%, -1,9% и -1,6%, соответственно. Прирост заболеваемости туберкулезом составил +9,6% в 2015 году ($141,7 \pm 4,0\text{‰}$), $p < 0,05$, +7,5% в 2012 году ($144,0 \pm 4,1\text{‰}$), $p > 0,05$, +4,0% в 2019 году ($119,2 \pm 3,5\text{‰}$), $p > 0,05$.

Анализ динамики показателя заболеваемости туберкулезом по Ысык-Атинскому району с 2006 по 2019 гг. показал наибольшее увеличение в 2010 году ($144,6 \pm 10,3\text{‰}$) на +44,0%, $p > 0,05$, 2015 году ($111,1 \pm 8,8\text{‰}$) на +36,3%, $p > 0,05$, 2017 году ($162,0 \pm 10,4\text{‰}$) на +27,3%, $p > 0,05$, 2016 году ($127,2 \pm 9,3\text{‰}$) на +14,5%, $p > 0,05$, незначительный его рост был в 2012 ($105,3 \pm 8,8\text{‰}$), $p > 0,05$, 2013 ($108,9 \pm \text{‰}$), $p > 0,05$, 2007 ($101,6 \pm \text{‰}$) годы, $p > 0,05$, на + 7,2%, +3,4%, +3,2%, соответственно (табл. 3.3). Снижение случаев туберкулеза среди населения Ысык-Атинского района отмечалось в 2011 году ($98,2 \pm 8,5\text{‰}$) на -32,0%, $p > 0,05$, 2018 году ($114,6 \pm 8,7\%$) на -29,2%, $p > 0,05$, 2014 году ($81,5 \pm 7,6\text{‰}$) на -25,1%, $p > 0,05$, 2019 году ($110,0 \pm 8,5\text{‰}$) на -4,0%, $p > 0,05$, 2008 году ($100,5 \pm 8,8\text{‰}$) на -1,0%, $p > 0,05$, и 2009 году ($100,4 \pm 8,6\text{‰}$) на -0,1%, $p > 0,05$.

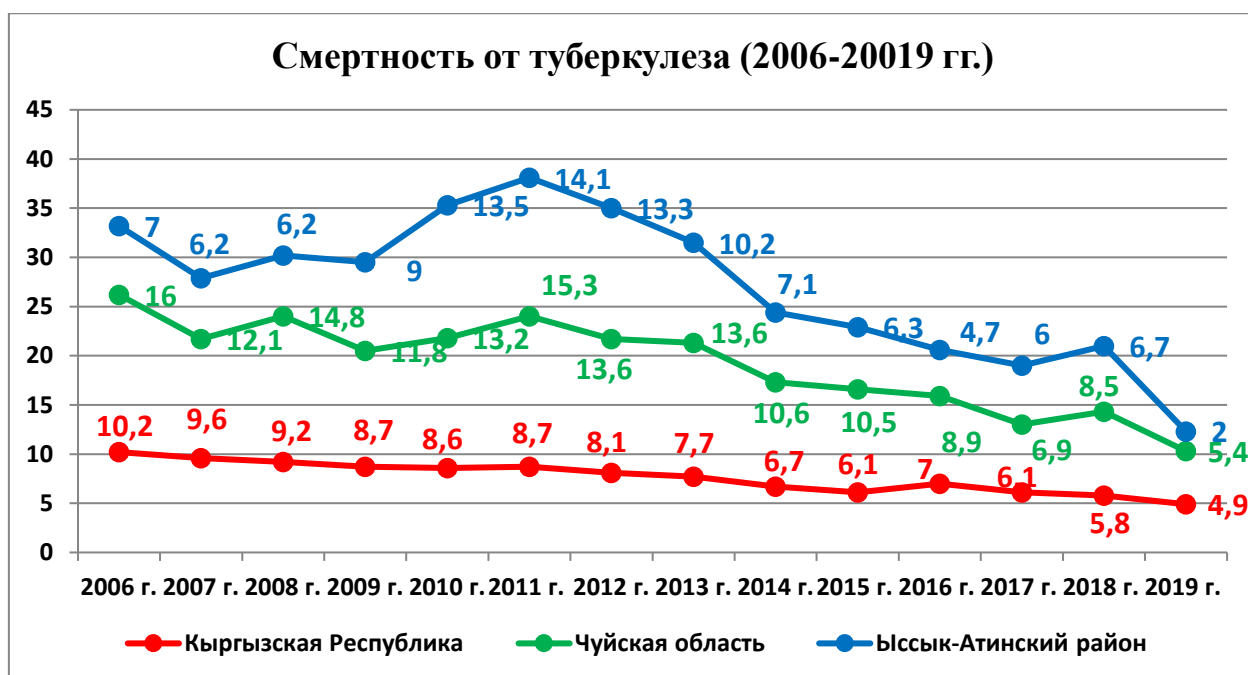


Рисунок 2. Смертность от туберкулеза в Кыргызской Республике, Чуйской области и Ысык-Атинском районе за 2006-2019 гг.

Проведенный нами анализ показал, что в большинстве случаев показатели смертности от туберкулеза в Чуйской области достоверно выше среднереспубликанских, хотя динамика показателя имела тенденцию к последовательному снижению. Однако за последние годы показатель смертности от туберкулеза в области остается наиболее высоким. В Ысык-Атинском районе смертность населения от туберкулеза за последние годы (с 2012 года) также имела выраженную тенденцию к снижению и была почти на одном уровне с общереспубликанским показателем и достоверно ниже смертности в Чуйской области.

Нами изучена динамика случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) по Кыргызской Республике и Чуйской области за период с 2006 по 2019 гг.

В Кыргызской Республике резкий скачок случаев МЛУ ТБ выявлен в 2009 году ($15,5 \pm 0,5\text{‰}$) на $+210,0\%$, $p < 0,001$, 2012 году ($15,8 \pm 0,5\text{‰}$) на $+100,0\%$, $p < 0,001$, на $+34,8\%$ в 2013 году ($21,3 \pm 0,6\text{‰}$), $p < 0,001$, и на $+26,7\%$ в 2016 году ($20,4 \pm 0,5\text{‰}$), $p < 0,001$. В другие годы наблюдалось снижение уровня МЛУ-ТБ. Так, в 2010 году ($9,7 \pm 0,4\text{‰}$) на $-37,4\%$, $p > 0,05$, 2015 году ($16,1 \pm 0,5\text{‰}$) на $-21,0\%$, $p < 0,001$, 2008 году ($5,0 \pm 0,9\text{‰}$) на $-19,3\%$, $p > 0,05$, 2011 году ($7,9 \pm 0,3\text{‰}$) на $-18,5\%$, $p < 0,001$, 2017 году ($17,5 \pm 0,5\text{‰}$) на $-14,2\%$, $p < 0,001$. Убыль показателя в 2014 году ($20,3 \pm 0,5\text{‰}$) составила $-4,7\%$, $p > 0,05$, 2007 году ($6,2 \pm 1,0\text{‰}$) $-4,6\%$, $p > 0,05$, 2019 году ($17,1 \pm 0,5\text{‰}$) $-1,7\%$, $p > 0,05$, и 2018 году ($17,4 \pm 0,5\text{‰}$) $-0,5\%$, $p > 0,05$.

По Чуйской области в динамике выявлен резкий скачок случаев МЛУ ТБ в 2009, 2012, 2013, 2018, 2014 и 2008 годы. Динамика уровня МЛУ ТБ в Чуйской области за указанный период в целом отражает картину по всей республике, хотя величины показателей разные. Самый высокий показатель

наблюдается в 2014 году ($34,1 \pm 1,9$). Следует отметить, что интенсивные показатели МЛУ ТБ в Чуйской области значительно превышают республиканские показатели.

Из-за ограниченного контингента больных с МЛУ ТБ в Ысык-Атинском районе нами не проведены расчеты по динамике частоты заболеваемости с устойчивым туберкулезом.

3.2. Факторы, влияющие на сроки установления диагноза туберкулеза и сравнительная оценка современных методов выявления и диагностики туберкулеза. Для решения поставленной цели проводилось анкетирование пациентов, которым было проведено лечение в амбулаторных условиях по поводу туберкулеза. Указанная анкета позволяет оценить своевременность диагностики, лечения, выявления заболевания. Разработанная анкета включала вопросы социально-демографического характера, начальные проявления заболевания и их длительность, сроки первого визита в медицинское учреждение, квалификация медицинских работников, расстояние до медицинского учреждения, материальное положение пациентов, наличие вредных привычек и причины несвоевременного обращения за медицинской помощью.

В анкетирование были включены 330 пациентов с впервые выявленным туберкулезом. Согласно данным настоящего исследования средний срок первичного обращения к врачу (табл. 1.) по поводу симптомов заболевания составил 25,03 дней, что согласуется с данными мировой литературы. Согласно мета-анализа, посвященного различным срокам диагностики и начала лечения туберкулеза в Азии, средний срок первичного обращения составляет 7-60 дней.

Таблица 1 - Сроки первичного обращения пациентов в лечебное учреждение (n=330)

№ п/п	Срок (неделя/месяц)	Абсолютное число	Частота ($P \pm m$)
1.	в течение 1 недели	64	$19,4 \pm 1,1$
2.	от 1 до 2-х недель	86	$26,0 \pm 1,4$
3.	от 2-х недель до 2-х месяцев	110	$33,4 \pm 1,6$
4.	более 2-х месяцев	70	$21,2 \pm 1,2$

Примечание - $P \pm m$ – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности.

Большинство пациентов ($33,4 \pm 1,6$) обращались в лечебное учреждение от 2-х недель до 2-х месяцев, от 1 до 2-х недель - $26,0 \pm 1,4$, более 2-х месяцев - $21,2 \pm 1,2$. Важно отметить, что только $19,4 \pm 1,1$ пациентов обратилось в течение 1 недели.

Установлено, что сроки первичного обращения в лечебное учреждение были длительнее у мужчин и составили в среднем 34,6 дня, в то время как у женщин - 26,9 дней ($p < 0,05$).

Удлинение сроков первичного обращения пациентов в лечебное учреждение было связано с увеличением возраста, так среди лиц в возрасте от 18 до 54 лет они составили 23,9 дня, а у пациентов старше 54 лет - 31,5 дней ($p < 0,05$).

О низкой осведомленности пациентов в отношении туберкулеза, говорит

тот факт, что $33,4 \pm 1,6$ респондентов обратились за медицинской помощью спустя 2 недели после появления симптомов, причем $21,2 \pm 1,2$ пациентов впервые обратились за медицинской помощью на фоне явных симптомов туберкулеза легких через 2 месяца и более с момента появления признаков заболевания.

В структуре причин позднего обращения за медицинской помощью ведущее место занимали пациенты, указавшие, что при появлении симптомов они не подозревали, что эти симптомы характерны для туберкулеза (69,3%). Сразу не обратились к медицинским работникам, так как боялись, что это симптомы туберкулеза 14,0% пациентов. Не знали, куда обратиться по поводу заболевания 13,0% пациентов, только 1,0% респондентов указали, что они поздно обратились в медицинское учреждение, так как не доверяли медицинским работникам. Среди других причин 0,6% пациентов отметили, что находились в это время в другой стране и 2,1% - не указали причину (рис. 3). Мы не нашли связи между длительностью задержки и количеством симптомов заболевания, так 32,1% пациентов, которые обратились за медицинской помощью позже 2-х недель после появления симптомов имели 3 и более из перечисленных в анкете симптомов. Такие же факты имели место в исследованиях, проведенных в других странах.

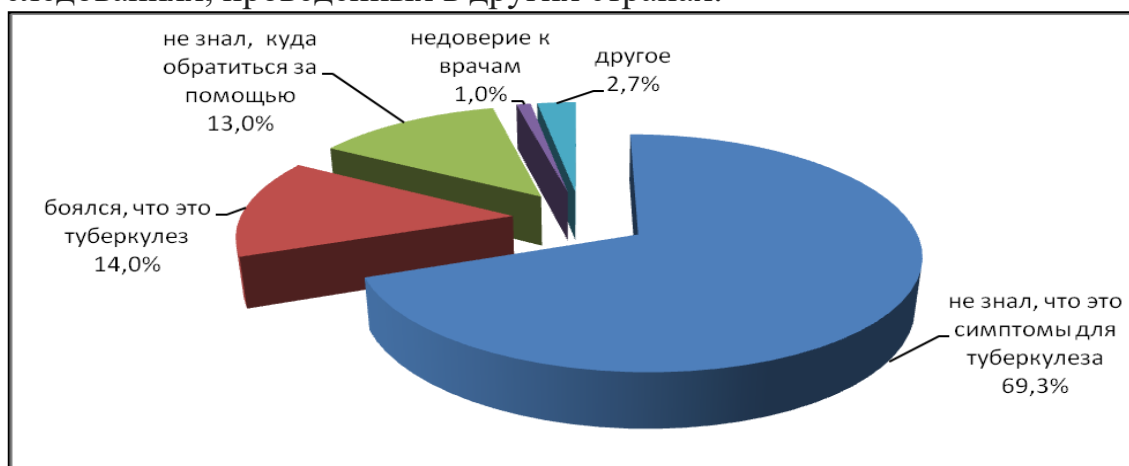


Рисунок 3. Причины позднего обращения за медицинской помощью.

Преобладающими симптомами на 100 больных, которые наблюдались у пациентов были: кашель с отделением мокроты ($70,0 \pm 1,5$), слабость ($55,7 \pm 1,8$), сочетание двух симптомов ($33,0 \pm 1,6$), боль в груди ($30,0 \pm 1,6$), сочетание трех симптомов ($29,0 \pm 1,5$) и лихорадка ($21,8 \pm 1,3$). Сочетание всех симптомов наблюдалось лишь у $10,0 \pm 0,6$ больных.

С момента обращения пациентов в медицинское учреждение у $69,7 \pm 1,6$ (230) диагноз заболевания был установлен в течение 5-7 дней. Средняя продолжительность сроков установления диагноза составила $10,3 \pm 6,8$, что значительно меньше, чем в среднем в странах Азии (Индия, Китай, Вьетнам и др.), где диапазон составляет 43 дня. Причем указанный показатель не коррелируется ни с полом, ни с возрастом, ни с тяжестью заболевания. Мы полагаем, что это сопряжено со значительным расстоянием до медицинского учреждения и отсутствием финансовых средств пациентов на транспортные расходы. Так $40,9 \pm 1,8$ (135) респондентов живут дальше 30 км до ближайшего

медицинского учреждения и затрачивают около 300 сомов на поездку.

Как видно из табл. 2, из числа пациентов $65,8 \pm 1,7$ (217) обратились в учреждения первичного уровня здравоохранения (в ФАП – $8,8 \pm 0,6$; в ГСВ/ЦСМ – $57,0 \pm 1,8$), что подчеркивает важность первичного звена здравоохранения в раннем выявлении туберкулеза. В противотуберкулезный кабинет или центры борьбы с туберкулезом обратились $28,2 \pm 1,5$ пациентов и в противотуберкулезную больницу – $4,2 \pm 0,3$.

Таблица 2 - Обращаемость в организации здравоохранения

№ пп	Учреждение здравоохранения	Абсолютное число	$P \pm m$
1.	ФАП	29	$8,8 \pm 0,6$
2.	ГСВ/ЦСМ	188	$57,0 \pm 1,8$
3.	противотуберкулезный кабинет центр борьбы с туберкулезом	93	$28,2 \pm 1,5$
4.	противотуберкулезная больница	14	$4,2 \pm 0,3$
5.	другие медицинские учреждения	6	$1,8 \pm 0,1$

Установлено, что $37,0 \pm 1,7$ (122) пациентов с наличием явных симптомов туберкулеза в обход первичного уровня здравоохранения обратились в стационары общего профиля или противотуберкулезные учреждения. По данным опроса $20,6 \pm 1,2$ (68) пациентов до установления у них диагноза посещали только 1 или 2 лечебных учреждения, а подавляющее большинство $79,0 \pm 1,2$ (261) пациентов прошли обследование в трех и четырех медицинских учреждениях учреждений. Это указывает на наличие недостаточно эффективной системы перенаправления пациентов и отсутствие функционирования алгоритма выявления и диагностики туберкулеза в республике.

Нами проведен анализ уровня и характер стигмы у больных вновь выявленного туберкулеза органов дыхания. Проведено конфиденциальное анкетирование 135 больных с вновь выявленным туберкулезом, находящихся на диспансерном учете и получающих противотуберкулезное лечение. Средний возраст пациентов составил $36,9 \pm 3,7$ лет (диапазон 18-80 лет). Большинство пациентов было представителей мужского пола – 60,0%, женского пола – 40,0%.

По данным нашего исследования только $12,0 \pm 3,9$ пациентов отметили, что не испытывают никаких опасений, страха, тревоги, в связи с тем, что им диагностирован туберкулез и $88,0 \pm 2,5\%$ пациентов имели различные проявления опасений в момент постановки диагноза, признаки стигматизации и дискриминации (табл. 3.).

Таблица 3. – Частота опасений и проявление стигматизации в момент постановки диагноза «туберкулез» (n=135)

№	Вид опасения	Мужчины	Женщины
---	--------------	---------	---------

п/п		абс. число (n=81)	P±m	абс. число (n=54)	P±m
1.	Не о чем не беспокоился	12	14,8±3,9	5	9,2±3,8*
2.	Буду изолированным	7	8,6±2,4	9	16,7±6,4*
3.	Лечение платное	8	9,9±2,7	7	12,9±5,2*
4.	Страх длительного лечения	24	29,6±6,4	21	38,8±11,0*
5.	Страх потери работы	18	22,2±5,3	8	14,8±5,8*
6.	Страх заразить семью	53	65,4±7,0	43	79,6±7,5*
7.	Страх смерти	22	27,1±6,0	26	48,1±11,5*
8.	Страх, что болезнь неизлечима	37	45,6±7,6	28	51,8±11,5*
9.	Боязнь, что не смогу жениться или выйти замуж	4	4,9±1,4	3	5,5±2,4*

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности, * - p>0,05.

Как видно из таблицы 3 среди всех выявленных опасений и проявлений стигматизации наиболее чаще отмечается «страх заразить семью туберкулезом» (72,5%). Данный показатель выявлен у 65,4% мужчин, а среди женщин заметным проявлением опасений был «страх, что болезнь неизлечима» (48,7%), причем не было достоверной статистической разницы в ответе данного опроса у мужчин и женщин (45,6±7,6 и 51,8±1, p<0,05). Половина респондентов – женщин, больных туберкулезом считает, что туберкулез – болезнь неизлечима.

Анализ полученных данных свидетельствует, что в настоящее время в Кыргызской республике имеет место высокий уровень стигмы и ее последствия, связанные с туберкулезом. Одной из причин данного явления является низкая санитарная грамотность населения и больных. Снижение стигмы и дискриминации, связанные с туберкулезом является главным компонентом в снижении уязвимости к этому заболеванию.

Нами была изучена сравнительная оценка результатов Xpert MTB/Rif, микроскопия мазка мокроты и бактериологического (посев) метода обнаружения микобактерии туберкулеза. В исследовании были включены 1653 пациента. Среди обследованных 87,4±0,1 были выявлены случаи с отрицательным мазком мокроты, у 12,5% диагноз туберкулеза был выставлен на основании положительного мазка мокроты. У 24,3±0,2 из положительных результатов диагноз туберкулеза был подтвержден методом бактериологического исследования, у 75,7±0,2 из отрицательных результатов. Следует отметить, что у 11,7±0,1 (194) пациентов с отрицательным мазком мокроты посев был положительный. В мокроте 24,2±0,2 (401) пациентов с положительным результатом обнаружена ДНК M. tuberculosis с помощью теста Xpert MTB/RIF, с отрицательным результатом в мокроте 75,4±0,3 пациентов, p<0,001. Во всех случаях положительного результата микроскопии и посева мокроты тест Xpert MTB/RIF также бы положительным, то есть чувствительность теста составила 100,0%, при отрицательном результате

микроскопии чувствительность теста составила 97,4%, специфичность - 99,7%. У $87,5 \pm 0,1$ пациентов (1445) различными методами (микроскопия, бактериология, тест Xpert MTB/RIF) не была обнаружена МТБ, им диагноз туберкулеза был выставлен на основании клинических проявлений и результатов рентгенологического обследования. Нами проанализированы результаты определения резистентности к рифампицину у 401 обследованного с положительным результатом Xpert MTB/RIF. Была выявлена устойчивость к рифампицину у $25,4 \pm 1,1$ (102) больных, из них у $13,2 \pm 0,7$ (53) среди вновь выявленных случаев ТБ и у $12,2 \pm 0,6$ (49) среди ранее леченных, $p < 0,001$. Среди случаев с отрицательным мазком мокроты выявлена устойчивость к рифампицину у $12,9 \pm 0,7$ (52). Таким образом, как мы видим, что частота устойчивости к рифампицину почти в 2 раза выше среди пациентов категории ранее леченные, чем среди вновь выявленных случаев туберкулеза органов дыхания.

3.3. Международные стандарты и рекомендации по выявлению и диагностике туберкулеза. По мнению ВОЗ обеспечение всеобщего доступа к ранней и точной диагностике требует выполнения следующих рекомендаций: деления и расширения сети диагностических служб, обеспечивающих доступ к новым молекулярным тестам; проведение информационно-просветительной работы для того, чтобы побудить людей с симптомами туберкулеза обратиться за помощью; взаимоотношение всех провайдеров медицинской помощи для предоставления услуг; устранения барьеров, препятствующих обращению людей за помощью; систематически скрининг определенных групп высокого риска (ВОЗ, 2017).

В 2017 году ВОЗ запустила базовый документ «Сборник руководящих принципов ВОЗ и соответствующих стандартов» - обеспечение оптимального объема (каскада) помощи пациентам с туберкулезом. Данный документ структурирован и создан в соответствии с рекомендованными ВОЗ стандартами по туберкулезу и объединяет все существующие рекомендации ВОЗ в области политики борьбы с ТБ в единый официальный ресурсный документ. Следовательно, документ обеспечивает основу для достижения амбициозных целей стратегии борьбы с туберкулезом. Согласно международным стандартам в качестве исходного диагностического теста, у всех пациентов с признаками и симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, при наличии мокроты, необходимо взять хотя бы один образец мокроты для исследования Xpert MTB/RIF Ultra. В эту группу должны входить дети, которые могут собрать мокроту на анализ, и пациенты с внелегочными формами ТБ. Второе исследование Xpert MTB/RIF Ultra может быть проведено всем пациентам с отрицательным результатом первого анализа мокроты Xpert MTB/RIF Ultra, но с устойчиво сохраняющимися симптомами и признаками ТБ.

На основании результатов внедрения амбулаторной модели организации медико-санитарной помощи больным туберкулезом в Чуйской области, принципов международных стандартов по ведению и лечению туберкулеза, утвержденных приказом МЗ КР клинических протоколов в КР и собственных

научных исследований нами разработан адаптированный подход по организации противотуберкулезной помощи на уровне ПМСП (рис. 4), который направлен на раннее выявление и своевременную диагностику туберкулеза органов дыхания, включая раннее определение чувствительности микобактерии туберкулеза противотуберкулезным препаратам, пациент-инициированный метод выявления туберкулеза и выявление туберкулеза методом скрининга.

На основании изучения международных рекомендаций, стандартов, опыта ряда стран и проведенных научных исследований с учетом особенностей системы здравоохранения КР предлагаем адаптированный вариант алгоритма выявления и диагностики туберкулеза легких у взрослых (рис. 5). Глобальное внедрение нового варианта подхода к организации выявления и диагностики туберкулеза легких среди взрослого населения в КР будет способствовать снижению показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза.

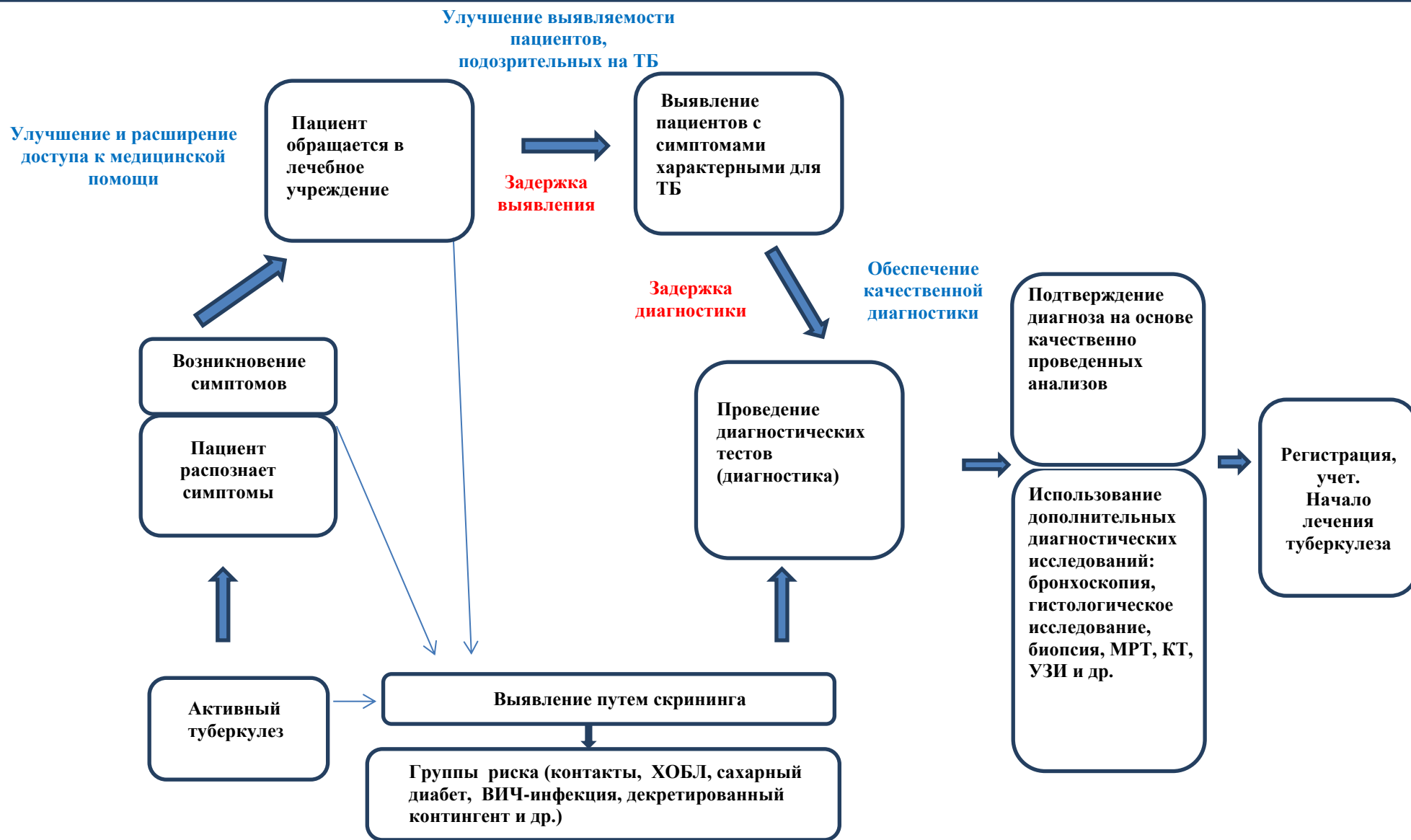
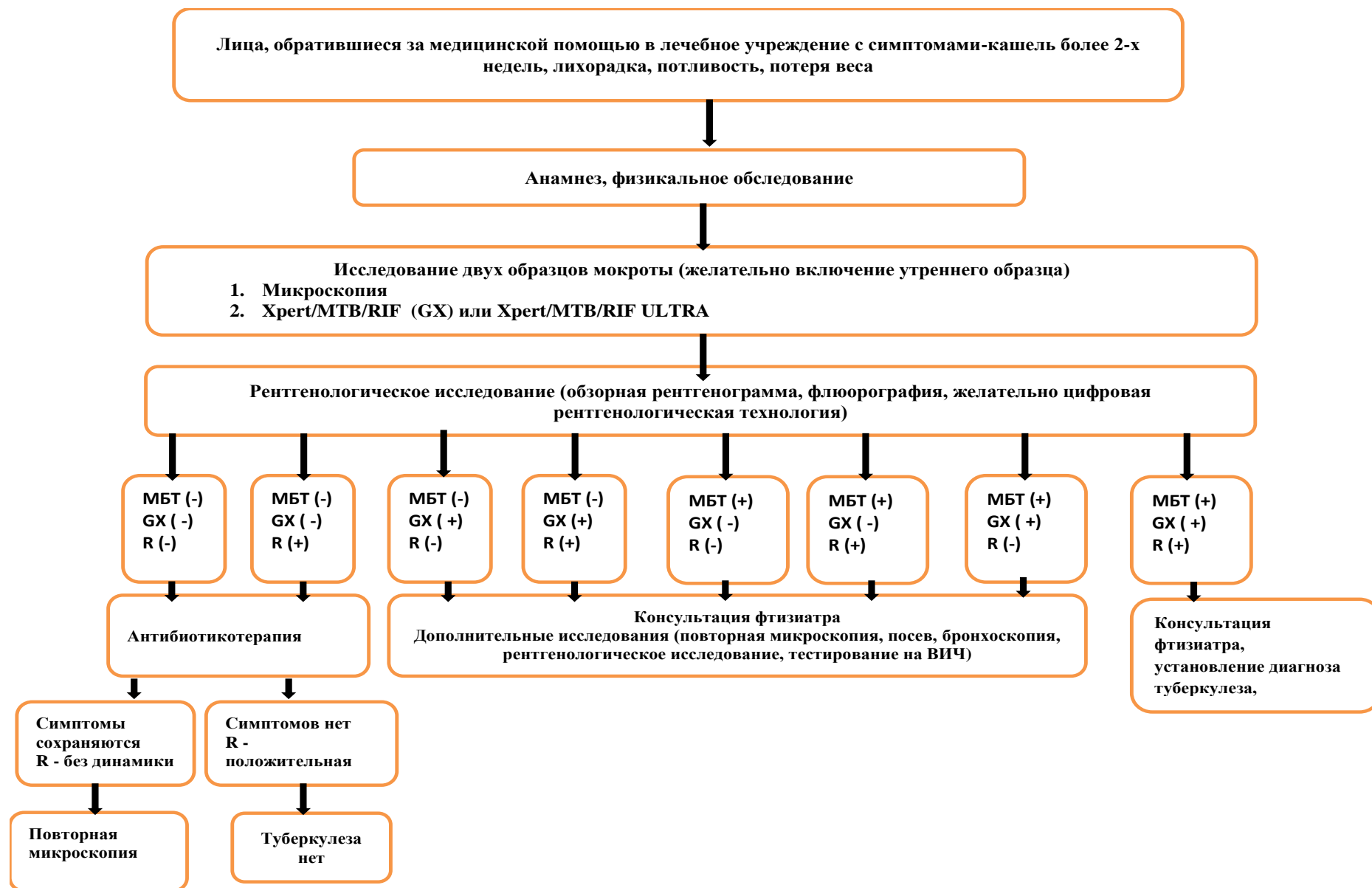


Рис. 4. Пациент–инициированный метод выявления туберкулеза органов дыхания



* Примечание: Все исследования должны быть проведены в течение 3-х дней с момента первого обращения

Рис. 5. Алгоритм диагностики туберкулеза легких

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Заболеваемость туберкулезом среди населения в КР, Чуйской области и Ысык-Атинском районе за 2006-2019гг. сохраняется на достаточно высоком уровне и постепенно снижается. Данный показатель за весь период наблюдения в Чуйской области и Ысык-Атинском районе достоверно выше общереспубликанского. В динамике уровень показателя заболеваемости по Чуйской области имеет тенденцию незначительного снижения. Показатели смертности от туберкулеза в Чуйской области достоверно выше среднереспубликанских и в динамике они остаются без сдвигов. Интенсивный показатель МЛУ ТБ за указанный период в Чуйской области выше среднереспубликанского показателя.

2. У впервые выявленных больных средний срок первичного обращения в лечебные учреждения по поводу респираторных симптомов заболевания составил 25,03 дней, средняя продолжительность сроков установления диагноза с момента обращения пациентов и медицинское учреждение составила $10,3 \pm 6,8$.

3. Основными факторами, влияющими на сроки установления диагноза туберкулеза, связанные с пациентом и особенностями системы здравоохранения, являются низкий уровень осведомленности пациентов о характере симптомов, отдаленности лечебно-профилактических учреждений, отсутствие эффективной системы перенаправления, отсутствие четкого функционирования алгоритма выявления и диагностики туберкулеза. Стигма и дискриминация, связанные с развитием туберкулеза, также являются серьезными препятствиями для улучшения доступа к диагностике и лечению. У $88,0 \pm 2,5\%$ пациентов имелись различные проявления опасений в момент постановки диагноза, признаки стигматизации и дискриминации.

4. Применение молекулярного теста Xpert MTB/RIF на уровне ПМСП показало высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией, и он является эффективным методом диагностики туберкулеза с определением лекарственной чувствительности к рифампицину.

5. Широкое и масштабное внедрение разработанных новых подходов к организации выявления и диагностики туберкулеза на уровне ПМСП (пациент-инициированный подход) и диагностических алгоритмов выявления туберкулеза легких среди различных групп населения, несомненно повышает эффективность противотуберкулезных мероприятий и приводит к снижению основных эпидемиологических показателей по туберкулезу.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для улучшения эффективности выявления и диагностики туберкулеза рекомендуется подготовка нормативного документа, регламентирующего порядок организации новых подходов к проведению противотуберкулезных мероприятий на уровне ПМСП и широкого внедрения новых алгоритмов выявления туберкулеза среди пациентов и лиц с высоким риском заболевания туберкулезом с акцентом на обязательном использовании быстрой молекулярной диагностики.

2. Проводить активную просветительную работу среди населения для сокращения сроков обращения к врачу по поводу респираторного заболевания.
3. Проводить активную образовательную работу среди населения и медицинских работников по вопросам туберкулеза и снижения стигмы и дискриминации больных туберкулезом.
4. Во всех организациях ПМСП внедрять пациент-инициированный подход выявления и диагностики туберкулеза.
5. Организация и проведение непрерывного профессионального развития (образование) медицинских работников ПМСП по вопросам выявления, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза.
6. Разработка учебных программ и модулей на всех этапах подготовки и переподготовки медицинских работников в соответствии с новыми международными рекомендациями, стандартами и разработка клинических протоколов и руководств.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ:

1. **Ким Т.М.** Удельный вес антибиотикорезистентных штаммов микобактерий туберкулеза в этиологии туберкулеза [Текст] / Ашоккумар Мануконда, Т.М. Ким // Вестник КГМА. – Бишкек, 2012. - № 1. – С. 167-170.
2. **Ким Т.М.** Новые технологии в диагностике туберкулеза с лекарственной устойчивостью. [Текст] / Т.М. Ким, А.К. Артыкбаева // Вестник КГМА. – 2015. - № 2 (1). – С. 95-97.
3. **Ким Т.М.** Методы выявления микобактерии туберкулеза. [Текст] / Т.М. Ким, А.К. Артыкбаева, Г. И. Ишенова // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2015. - № 3. – С. 68-69.
4. **Ким Т.М.** Методы диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза. [Текст] / Т.М. Ким // Известия ВУЗов Кыргызстана. – 2015. - № 4. – С. 40-43.
5. **Ким Т.М.** Факторы, влияющие на задержку диагностики и лечения туберкулеза, связанные с пациентом. [Текст] / Т.М. Ким // Наука и новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2015. - № 5. – С. 56-58.
6. **Ким Т.М.** Выявление и диагностика туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи. [Текст]: учебно-методическое пособие / Т.М. Ким, Т.Ч. Чубаков, К.А. Душимбекова. – Бишкек, 2015. - 44 с.
7. **Ким Т.М.** Лекарственная устойчивость у микобактерии туберкулеза. [Текст] / Т.М. Ким, А.К. Артыкбаева // Вестник КГМА. – Бишкек, 2016. - № 1. – С. 33-35.
8. **Ким Т.М.** Факторы, влияющие на сроки установления диагноза туберкулеза легких. [Текст] / Т.М. Ким, Т.Ч. Чубаков // Международный журнал Символ науки. – 2016. - № 10-3. – С. 114-120.
9. **Ким Т.М.** Diagnostic significance of genexpert mtb/rif molecular and genetic method for tuberculosis. [Текст] / Т.М. Ким, К.А. Душимбекова // European Journal of Technical and Natural Sciences – 2016. - № 4. – С. 23-26.

10. **Ким Т.М.** Сравнительная оценка методов диагностики туберкулёза [Текст] / Т.М. Ким, Т.Ч. Чубаков, К.А. Душимбекова, А. // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – № 3. – С. 21-24.
11. **Ким Т.М.** Характеристика лекарственной резистентности возбудителя туберкулеза в 2016 году [Текст] / Т.М. Ким, А.А. Токтогонова, К.М. Муканбаев, О.А. Чонорова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017.– № 8-1. С. 73-77.
12. **Ким Т.М.** Стигма и дискриминация, связанные с туберкулезом [Текст] / Т.М. Ким, Т.Ч. Чубаков, А.А. Токтогонова, К.А. Душимбекова // Вестник Авиценны. – 2017. № 1. С. 90-93.

РЕЗЮМЕСИ

Фтизиатрия-14.01.16 адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын алуу үчүн Ким Татьяна Мироновнанын “Биринчи медициналык-санитардык жардам берүү шартында кургак учук дартын алдын ала таап, аныктоо ыкмаларын жакшыртуу “ деген темадагы диссертациясынын (илимий эмгегинин)

Негизги сөздөр: кургак учук, МЛУ-ТБ, M.tuberculosis, тест GeneXpert MTB/RIF, рифампицин, диагнозду коюунун кечендиги жана дарылоонун башталышы.

Изилдөөнүн темасы: баштапкы медициналык-санитардык жардам деңгээлинде кургак учукту аныктоо ыкмалары: какырыктын мазок микроскопиясы, культуралоо ыкмасы, Xpert MTB / RIF аркылуу молекулярдык тесирлөө.

Изилдөөнүн темасы: 18 жаштан жогорку амбулатордук дарылануудагы пациенттер (кургак учук менен ооруган 1653).

Изилдөөнүн максаты: Биринчи медициналык-санитардык жардам берүү шартында уюштуруу чараларын оптимизациялоо менен кургак учук дартын алдын ала таап, аныктоонун эффективдүүлүгүн изилдөө.

Изилдөөнүн ыкмалары: Илимий иште анализдин заманбап ыкмаларынын жыйындысы кодонулган: ретроспективдүү, салыштырмалуу, статистикалык, маалымат чогултуу ыкмасы.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: Дарты жаңы аныкталган оорулуулардын арасында туруктуу кургак учукка рифампициндин таасири төмөндөп, анын жайылышы алгачкы жолу изилденди. Кургак учук дартын алдын ала таап, аныктоонун ар кандай ыкмаларынын эффективдүүлүгүнө анализ жүргүзүлдү, Xpert MTB/RIF молекулярдык ыкмасын колдонуу менен микобактериялардын сезгичтиги кургак учукка каршы терапиянын башталышына чейин аныкталды. Xpert MTB/RIF ыкмасын колдонуу менен Кыргыз Республикасынын бир нече аймактарында өпкөнүн кургак учук оорусуна диагноз коюу мөөнөтү биринчи жолу аныкталды, ошондой эле кургак учук дартынын белгилери (симптомдору) менен биринчи жолу кайрылган оорулууга диагноз коюу мөөнөтү жана диагнозду коюунун улануусу дагы

аныкталды. Биринчи медициналык-санитардык жардам берүүнүн деңгээлинде оорулуунун дарыгерге биринчи жолу кайрылуусунун жана диагноздун коюлушунун мөөнөттөрүнө таасир берген факторлор аныкталды. Биринчи медициналык-санитардык жардам берүү шартында өпкөсүндө кургак учук оорусунун белгилери бар оорулууларга карата көзөмөл жүргүзүү эрежелери иштелип чыкты.

Колдонуу жааты: коомчулуктун саламаттыгы жана саламаттыкты сактоо.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ким Татьяны Мионовны на тему «Совершенствование методов раннего выявления и диагностики туберкулеза в условиях первичной медико-санитарной помощи на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – фтизиатрия.

Ключевые слова: туберкулез, МЛУ ТБ, M.tuberculosis, тест GeneXpert MTB/RIF, рифампицин, задержка установления диагноза и начала лечения.

Предмет исследования: методы диагностики туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи: микроскопия мазка мокроты, культуральный метод, молекулярное тестирование с использованием Xpert MTB/RIF.

Объект исследования: пациенты, находящиеся на амбулаторном лечении в возрасте старше 18 лет (1653 больных туберкулезом).

Цель исследования: Изучение эффективности раннего выявления и диагностики туберкулеза путем оптимизации организационных мер в условиях первичной медико-санитарной помощи.

Методы исследования: в работе использован комплекс современных методов анализа: ретроспективный, сравнительный, статистический, метод сбора информации.

Результаты исследования. Изучена эффективность различных методов выявления и диагностики туберкулеза, включая молекулярный метод Xpert MTB/RIF, с помощью которого определялась чувствительность микобактерии до начала противотуберкулезной терапии. Впервые в КР определены сроки установления диагноза туберкулеза легких, включая сроки первичного обращения пациента к врачу по поводу симптомов заболевания и продолжительность установления диагноза туберкулеза, с применением метода Xpert MTB/RIF. Определены факторы, влияющие на сроки первичного обращения пациента к врачу и сроки установления диагноза туберкулеза на уровне ПМСП. Разработана тактика ведения больных с подозрением на туберкулез легких в условиях ПМСП.

Область применения: пульмонология, фтизиатрия, первичный уровень здравоохранения.

SUMMARY

of the dissertation Kim Tatiana Mironovna «Improving methods of early

detection and diagnosis of tuberculosis in primary health care» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.16 - phthisiology.

Key words: tuberculosis, MDR TB, M. tuberculosis, GeneXpert MTB/RIF test, rifampicin, delay in diagnosis and initiation of treatment.

Subject of research: methods for diagnosing tuberculosis at the primary health care level: sputum smear microscopy, culture method, molecular testing using Xpert MTB / RIF.

Object of research: patients on outpatient treatment over the age of 18 years (1653 patients with tuberculosis).

Purpose of the study: To study the effectiveness of early detection and diagnosis of tuberculosis by optimizing organizational measures in primary health care.

Research methods: a complex of modern methods of analysis was used in the work: retrospective, comparative, statistical, information collection method.

Research results. The prevalence of resistant tuberculosis to rifampicin among newly diagnosed patients was studied and the effectiveness of various methods of detecting and diagnosing tuberculosis, including the molecular method Xpert MTB/RIF, which was used to determine the sensitivity of mycobacterium before starting anti-tuberculosis therapy, was studied. For the first time, at the level of several regions in the Kyrgyz Republic, the timing of the diagnosis of pulmonary tuberculosis has been determined, including the timing of the patient's initial visit to the doctor for symptoms of the disease and the duration of the diagnosis of tuberculosis using the Xpert MTB / RIF method. The factors influencing the timing of the patient's initial visit to the doctor and the timing of the diagnosis of tuberculosis at the PHC level have been determined. A tactic has been developed for the management of patients with suspected pulmonary tuberculosis in primary health care.

Applications: pulmonology, phthisiology, primary health care