

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Диссертационный совет Д 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 на кафедре специальных клинических дисциплин Международной высшей школы медицины.

Научный руководитель: **Чубаков Тулеген Чубакович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой фтизиопульмонологии
Кыргызского государственного медицинского
института переподготовки и повышения
квалификации им. С. Б. Даниярова

Официальные оппоненты: **Адамбекова Асель Доктурбековна**
доктор медицинских наук,
и. о. профессора кафедры микробиологии и
вирусологии Кыргызской государственной
медицинской академии им. И. К. Ахунбаева

Азыкова Айнура Бариевна
кандидат медицинских наук,
старший преподаватель кафедры
дерматовенерологии и фтизиатрии Кыргызско-
Российского Славянского университета
им. Б. Н. Ельцина

Ведущая (оппонирующая) организация: Национальный научный центр
фтизиопульмонологии Республики Казахстан,
научный отдел (050010, г. Алматы,
ул. К. Бекхожина, 5)

Защита диссертации состоится 21 сентября 2021 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.21.630 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Национальном центре фтизиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Ошском государственном университете по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. 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 Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 90а), Ошского государственного университета (723500, г. Ош, ул. Ленина, 331) и на сайте <https://tbcenter.kg/>.

Автореферат разослан 20 августа 2021 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Б. Б. Мырзалиев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В настоящее время заболеваемость туберкулезом представляет глобальную угрозу общественному здоровью. По данным ВОЗ в 2019 году произошло порядка 10 млн. новых случаев заражения туберкулезом (ТБ) во всем мире. От туберкулеза в 2019 году 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 туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, 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 [ВОЗ, 2020].

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

На уровне первичного звена здравоохранения бактериоскопической микроскопии микобактерии туберкулеза - приоритетный метод исследования для постановки диагноза туберкулеза. Бактериоскопия выявляет пациентов, которые опасны для окружающих, так как они выделяют значительное количество возбудителей туберкулеза с мокротой, но эффективность данного метода невысока. Диагноз легочного туберкулеза становится более точным, когда из мокроты высевается и прорастает культура *M. tuberculosis* – это «золотой стандарт» бактериологической диагностики туберкулеза. В идеале все случаи положительного мазка мокроты должны быть подтверждены методом посева на культуру [J. Creswell et al., 2014; A. Dusthacker et al., 2019; M. MacGregor-Fairlie et al., 2020]. В связи с широким распространением туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возрастает необходимость, как можно раньше выявлять эти случаи и начинать лечение [А. Zumla, 2013; M. Pai et al., 2016; A. Dadu, 2019; J. G. Jang, 2020; И. А. Бурмистрова 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 годы.

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 полученных результатов:

1. Изучены эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности населения от туберкулеза в Кыргызской Республике, Чуйской области, Ысык-Атинском районе за 2006-2019 годы.

2. 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.

3. 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.

4. Определены факторы, влияющие на сроки первичного обращения пациента к врачу и сроки установления диагноза туберкулеза на первичном уровне медицинских услуг.

5. Впервые проведен анализ уровня и характер стигмы у больных с вновь выявленным туберкулезом легких.

6. Разработаны алгоритмы выявления и диагностики туберкулеза органов дыхания, основанные на новых международных подходах и стандартах (пациент-иницированный метод выявления).

Практическая значимость полученных результатов:

1. Разработанные новые адаптированные подходы и рекомендации, основанные на международных стандартах и принципах пациент-иницированного 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 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 первичной медико-санитарной помощи, включая метод Xpert MTB/RIF.

4. Основные положения диссертации внесены в учебные программы непрерывного медицинского образования Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по специальностям: семейная медицина и фтизиопульмонология.

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 первичной медико-санитарной помощи 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 первичной медико-санитарной помощи.

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: научной конференции в Дни науки Кыргызской государственной медицинской академии (Бишкек, 2012), научной конференции молодых ученых, посвященной 20-летию Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (Бишкек, 2013), Втором съезде врачей общей практики и семейных врачей (Ош, 2017).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертационного исследования опубликованы 11 научных статей, в том числе 8 статей опубликованы в журналах, входящих в систему индексирования научного цитирования – РИНЦ, из них за пределами Кыргызской Республики – 3 статьи.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 137 страницах компьютерного текста на русском языке, 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.

Объект исследования: 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.

Методы исследования: ретроспективный, сравнительный, статистический, метод сбора информации.

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 2006-2019 годы 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 годы. Заболеваемость туберкулезом среди населения КР и регионах за указанный период наблюдения постепенно снижается (рисунок 3.1.1). 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).

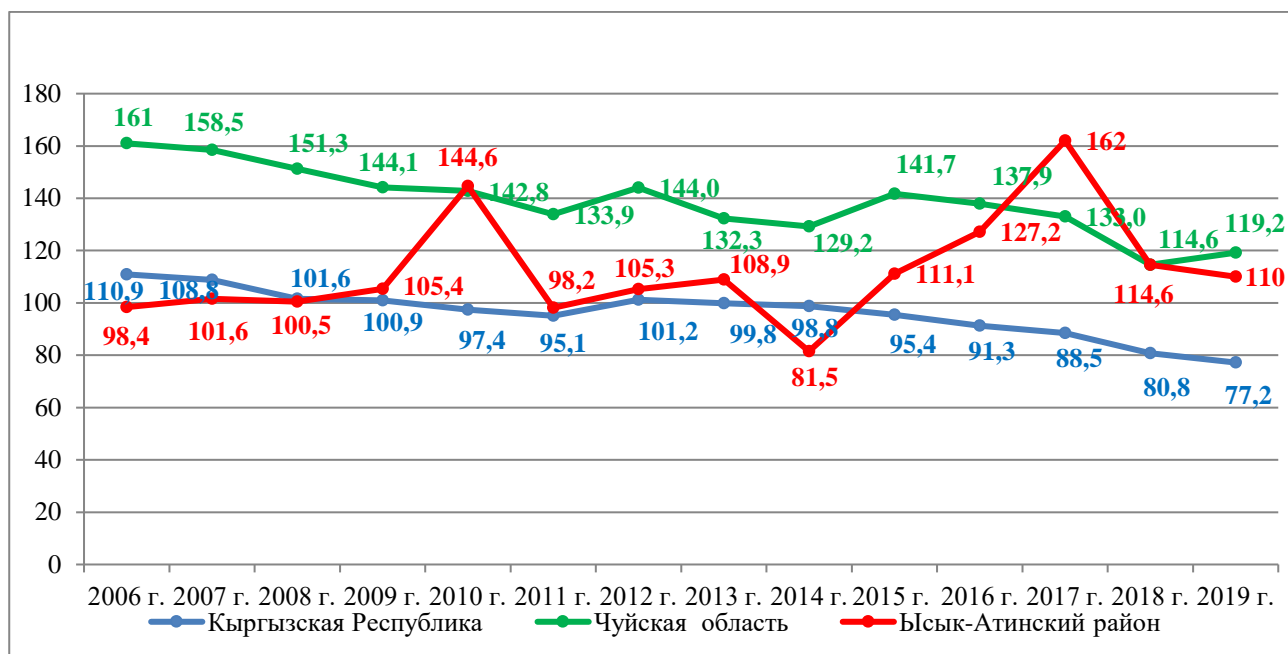


Рисунок 3.1.1 - Динамика заболеваемости туберкулезом в Кыргызской Республике, Чуйской области и Ысык-Атинском районе (2006-2019 годы).

При этом установлено, что в динамике уровень заболеваемости туберкулезом по Кыргызской Республике имел в основном тенденцию снижения, за исключением 2012 года (табл. 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Динамика частоты заболеваемости туберкулезом по КР с 2006 по 2019 годы

№ пп	Год	Абсолютное число заболеваний	Заболеваемость на 100 тыс. населения (P±m)	Показатели динамического ряда	
				абсолютный прирост	темп прироста
1.	2006	5726	110,9±1,4	-	-
2.	2007	5667	108,8±1,4	-2,1	- 1,9
3.	2008	5333	101,6±1,3	-7,2	- 6,6
4.	2009	5434	100,9±1,3	-0,7	- 0,7
5.	2010	5308	97,4±1,3	-3,5	- 11,5
6.	2011	5243	95,1±1,3	-2,3	- 2,3
7.	2012	5674	101,1±1,3	+6,0	+6,3
8.	2013	5710	99,8±1,3	-1,3	- 1,2
9.	2014	5763	98,8±1,3	-1,0	- 1,0
10.	2015	5684	95,4±1,2	-3,4	- 3,4
11.	2016	5548	91,3±1,2	-4,1	-4,2
12.	2017	5483	88,5±1,1	-2,8	-3,0
13.	2018	5109	80,8±1,1	-7,7	-8,7
14.	2019	4985	77,2±1,0	-3,6	-4,4

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. 3.1.2).

Таблица 3.1.2 - Динамика частоты заболеваемости туберкулезом по Чуйской области с 2006 по 2019 годы

№ пп	Годы	Абсолютное число заболеваний	Заболеваемость на 100 тыс. населения ($P \pm m$)	Показатели динамического ряда	
				абсолютный прирост	темп прироста
1.	2006	1215	$161,0 \pm 4,6$	-	-
2.	2007	1202	$158,5 \pm 4,5$	-2,5	-1,6
3.	2008	1152	$151,3 \pm 4,4$	-7,2	-4,5
4.	2009	1160	$144,1 \pm 4,2$	-7,2	-4,7
5.	2010	1159	$142,8 \pm 4,1$	-1,3	-1,9
6.	2011	1096	$133,9 \pm 4,0$	-8,9	-6,2
7.	2012	1196	$144,0 \pm 4,1$	+10,1	+7,5
8.	2013	1119	$132,3 \pm 3,9$	-11,7	-8,1
9.	2014	1114	$129,2 \pm 3,8$	-3,1	-2,3
10.	2015	1245	$141,7 \pm 4,0$	+12,5	+9,6
11.	2016	1212	$137,9 \pm 3,9$	-3,8	-2,6
12.	2017	1244	$133,0 \pm 3,8$	-4,9	-3,5
13.	2018	1157	$114,6 \pm 6,6$	-18,4	-13,8
14.	2019	1133	$119,2 \pm 3,5$	+4,6	+4,0

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±3,8‰), p<0,05, 2010 (142,8±4,1‰), p>0,05, и 2007 годы (158,5±4,5‰), 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±4,0‰), p<0,05, +7,5% в 2012 году (144,0±4,1‰), p>0,05, +4,0% в 2019 году (119,2±3,5‰), 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±10,3‰) на +44,0%, p>0,05, 2015 году (111,1±8,8‰) на +36,3%, p>0,05, 2017 году (162,0±10,4‰) на +27,3%, p>0,05, 2016 году (127,2±9,3‰) на +14,5%, p>0,05, незначительный его рост был в 2012 (105,3±8,8‰), p>0,05, 2013 (108,9±8,8‰), p>0,05, 2007 (101,6±8,8‰) годы, p>0,05, на + 7,2%, +3,4%, +3,2%, соответственно (табл. 3.1.3).

Таблица 3.1.3 – Динамика частоты заболеваемости туберкулезом по Ысык-Атинскому району с 2006 по 2019 годы

№ п/п	Год	Абсолютное число заболеваний	Заболеваемость на 100 тыс. населения (P±m)	Показатели динамического ряда	
				абсолютный прирост	темп прироста
1.	2006	126	98,4±8,7	-	-
2.	2007	131	101,6±8,8	+3,2	+3,2
3.	2008	130	100,5±8,8	-1,1	-1,0
4.	2009	140	100,4±8,6	-0,1	-0,1
5.	2010	153	144,6±10,3	+44,2	+44,0
6.	2011	132	98,2±8,5	-46,4	-32,0
7.	2012	143	105,3±8,8	+7,1	+7,2
8.	2013	150	108,9±8,8	+3,6	+3,4
9.	2014	114	81,5±7,6	-27,4	-25,1
10.	2015	158	111,1±8,8	+29,6	+36,3
11.	2016	181	127,2±9,3	+16,1	+14,5
12.	2017	243	162,0±10,4	+34,8	+27,3
13.	2018	171	114,6±8,7	-47,4	-29,2
14.	2019	167	110,0±8,5	-4,6	-4,0

Снижение случаев туберкулеза среди населения Ысык-Атинского района отмечалось в 2011 году (98,2±8,5‰) на -32,0%, p>0,05, 2018 году (114,6±8,7‰) на -29,2%, p>0,05, 2014 году (81,5±7,6‰) на -25,1%, p>0,05, 2019 году (110,0±8,5‰) на -4,0%, p>0,05, 2008 году (100,5±8,8‰) на -1,0%, p>0,05, и 2009 году (100,4±8,6‰) на -0,1%, p>0,05.

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 (рисунок 3.1.2). 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.

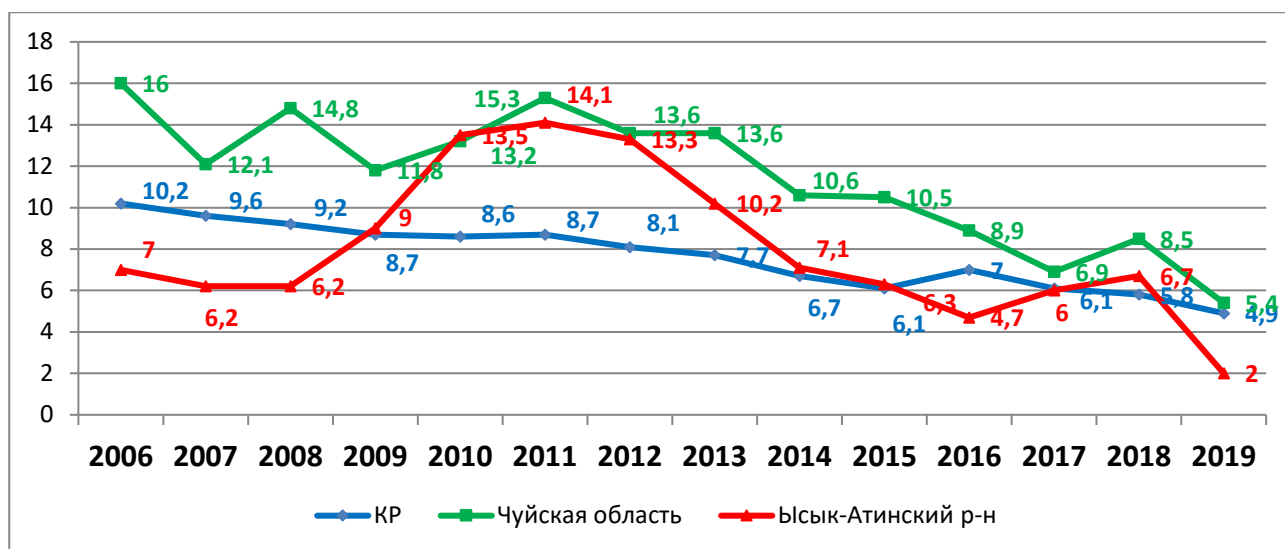


Рисунок 3.1.2 – Смертность от туберкулеза в Кыргызской Республике, Чуйской области и Ысык-Атинском районе за 2006-2019 годы.

Нами изучена динамика случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью по Кыргызской Республике и Чуйской области за период с 2006 по 2019 годы.

В Кыргызской Республике резкий скачок случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью 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 туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в 2009, 2012, 2013, 2018, 2014 и 2008 годы. Динамика уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью 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 туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Чуйской области значительно превышают республиканские показатели.

Из-за ограниченного контингента больных с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в Ысык-Атинском районе нами не проведены расчеты по динамике частоты заболеваемости.

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, выявление 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. 3.2.1) 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 3.2.1 – Сроки первичного обращения пациентов в лечебное учреждение (n=330)

№ п/п	Срок (неделя/месяц)	Абсолютное число	Удельный вес (%)
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 (рисунок 3.2.1). 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.

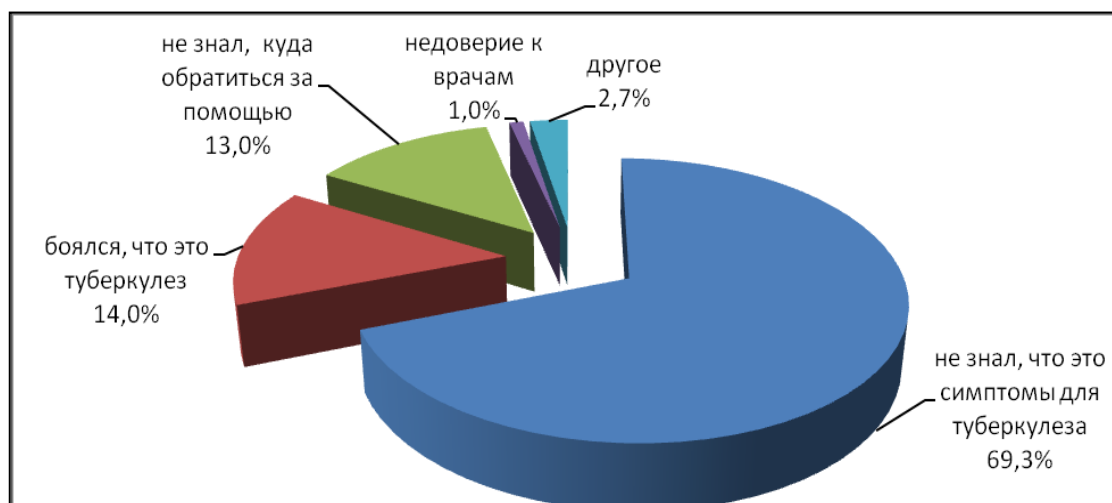


Рисунок 3.2.1 - Причины позднего обращения за медицинской помощью.

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 таблицы 3.2.2, 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 3.2.2 – Обращаемость в организации здравоохранения

№ пп	Учреждение здравоохранения	Абсолютное число	Удельный вес (%)
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 представителями 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 (таблица 3.2.3).

Таблица 3.2.3 – Частота опасений и проявление стигматизации в момент постановки диагноза «туберкулез» (n=135)

№ п/п	Вид опасения	Мужчины		Женщины	
		абс. число (n=81)	Удельный вес (%)	абс. число (n=54)	Удельный вес (%)
1.	Не о чем не беспокоился	12	$14,8 \pm 3,9$	5	$9,2 \pm 3,8^*$
2.	Буду изолированным	7	$8,6 \pm 2,4$	9	$16,7 \pm 6,4^*$
3.	Лечение платное	8	$9,9 \pm 2,7$	7	$12,9 \pm 5,2^*$
4.	Страх длительного лечения	24	$29,6 \pm 6,4$	21	$38,8 \pm 11,0^*$
5.	Страх потери работы	18	$22,2 \pm 5,3$	8	$14,8 \pm 5,8^*$
6.	Страх заразить семью	53	$65,4 \pm 7,0$	43	$79,6 \pm 7,5^*$
7.	Страх смерти	22	$27,1 \pm 6,0$	26	$48,1 \pm 11,5^*$
8.	Страх, что болезнь неизлечима	37	$45,6 \pm 7,6$	28	$51,8 \pm 11,5^*$
9.	Боязнь, что не смогу жениться или выйти замуж	4	$4,9 \pm 1,4$	3	$5,5 \pm 2,4^*$

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

Как видно из таблицы 3.2.3. 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 ($45,6 \pm 7,6$ и $51,8 \pm 1,1$, $p < 0,05$). 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 $87,4 \pm 0,1$ были выявлены случаи с отрицательным мазком мокроты, у 12,5% диагноз туберкулеза был выставлен на основании положительного мазка мокроты. У $24,3 \pm 0,2$ из положительных результатов диагноз туберкулеза был подтвержден методом бактериологического исследования, у $75,7 \pm 0,2$ из отрицательных результатов. Следует отметить, что у $11,7 \pm 0,1$ (194) пациентов с отрицательным мазком мокроты посев был положительный. В мокроте $24,2 \pm 0,2$ (401) пациентов с положительным результатом обнаружена ДНК *M. tuberculosis* с помощью теста Xpert MTB/RIF, с отрицательным результатом в мокроте $75,4 \pm 0,3$ 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.

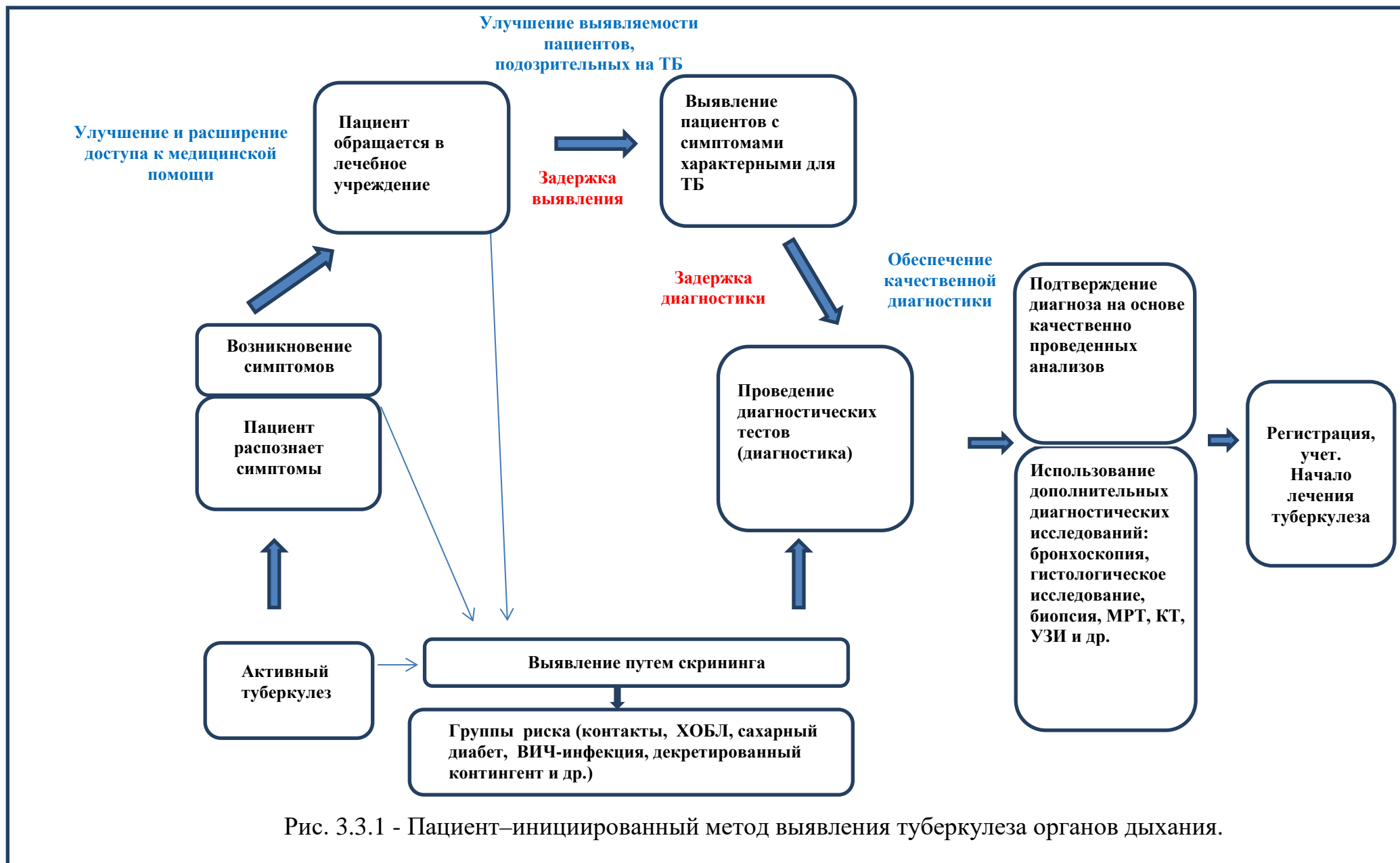
3.3. Международные стандарты и рекомендации по выявлению и диагностике туберкулеза. По мнению ВОЗ обеспечение всеобщего доступа к ранней и точной диагностике требует выполнения следующих рекомендаций: деления и расширения сети диагностических служб, обеспечивающих доступ к новым молекулярным тестам; проведение информационно-просветительной работы для того, чтобы побудить людей с

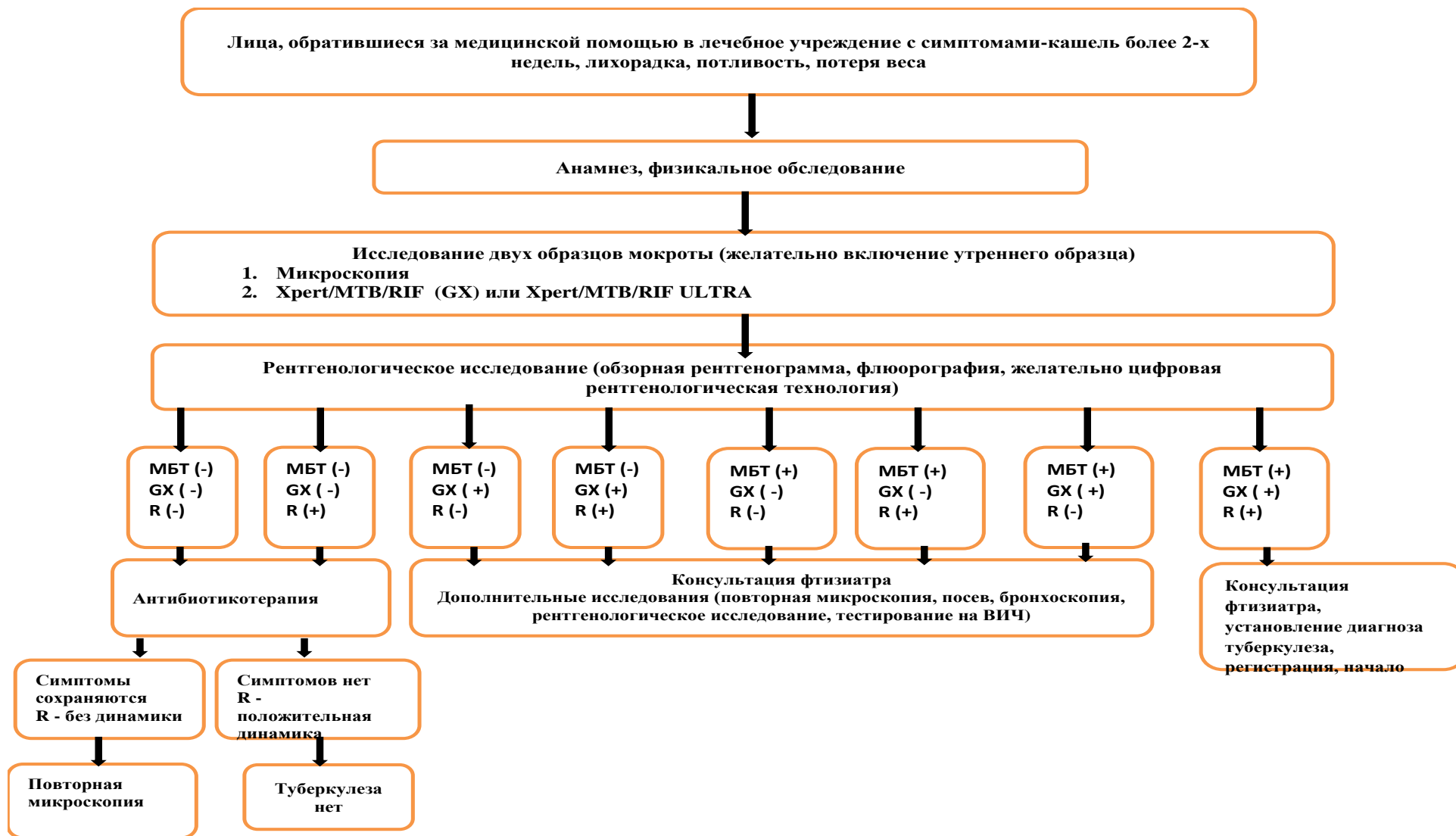
симптомами туберкулеза обратиться за помощью; взаимоотношение всех провайдеров медицинской помощи для предоставления услуг; устранения барьеров, препятствующих обращению людей за помощью; систематически скрининг определенных групп высокого риска (ВОЗ, 2017).

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 туберкулеза. 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 туберкулеза.

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 Кыргызской Республике и собственных научных исследований нами разработан адаптированный подход по организации противотуберкулезной помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи (рисунок 3.3.1), 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 Кыргызской Республики предлагаем адаптированный вариант алгоритма выявления и диагностики туберкулеза легких у взрослых (рисунок 3.3.2). Глобальное внедрение нового варианта подхода к организации выявления и диагностики туберкулеза легких среди взрослого населения в Кыргызской Республике будет способствовать снижению показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза.





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

Рисунок 3.3.2 - 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 туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью 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. Основные факторы, влияющие на увеличение срока установления диагноза туберкулеза: низкий уровень осведомленности пациентов о характере симптомов, отдаленность лечебно-профилактических учреждений, отсутствие эффективной системы перенаправления и 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 первичной медико-санитарной помощи показало высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией, и он является эффективным методом диагностики туберкулеза с определением лекарственной чувствительности к рифампицину.

5. Внедрение разработанных новых подходов к организации выявления и диагностики туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи (пациент-инициированный подход) и диагностических алгоритмов выявления туберкулеза легких среди различных групп населения, несомненно приведет к сокращению сроков и повышению эффективности выявления, диагностики туберкулеза органов дыхания у взрослого населения.

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 первичной медико-санитарной помощи 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 первичной медико-санитарной помощи внедрять пациент-иницированный подход выявления и диагностики туберкулеза.

5. Организация и проведение непрерывного профессионального развития (образование) медицинских работников первичной медико-санитарной помощи 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 ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Ким, Т. М.** Удельный вес антибиотикорезистентных штаммов микобактерий туберкулеза в этиологии туберкулеза [Текст] / Ашоккумар Мануконда, Т. М. Ким // Вестник Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2012. - № 1. - С. 167-170. www.kgma.kg.

2. **Ким, Т. М.** Новые технологии в диагностике туберкулеза с лекарственной устойчивостью [Текст] / Т. М. Ким, А. К. Артыкбаева // Вестник Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2015. - № 2 (1). - С. 95-97. www.kgma.kg.

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. - Бишкек, 2015. - № 3. - С. 68-69. <http://www.science-journal.kg/ru>.

4. **Ким, Т. М.** Методы диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза [Текст] / Т. М. Ким // Известия ВУЗов Кыргызстана. - Бишкек, 2015. - № 4. - С. 40-43. <http://www.science-journal.kg/ru>.

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. - Бишкек, 2015. - № 5. - С. 56-58. <http://www.science-journal.kg/ru>.

6. **Ким, Т. М.** Лекарственная устойчивость у микобактерии туберкулеза [Текст] / Т. М. Ким, А. К. Артыкбаева // Вестник Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2016. - № 1. - С. 33-35. www.kgma.kg.

7. **Ким, Т. М.** Факторы, влияющие на сроки установления диагноза туберкулеза легких [Текст] / Т. М. Ким, Т. Ч. Чубаков // Символ науки. - Уфа, 2016. - № 10-3. - С. 114-120. www.os-russia.com/sn.

8. **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. - Vienna, 2016. - № 4. - С. 23-26. <http://ppublishing.org>.

9. **Ким, Т. М.** Сравнительная оценка методов диагностики туберкулёза [Текст] / Т. М. Ким, Т. Ч. Чубаков, К. А. Душимбекова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - Душанбе, 2017. - № 3. - С. 21-24. <http://www.vestnik-ipovszrt.tj>.

10. **Ким, Т. М.** Характеристика лекарственной резистентности возбудителя туберкулеза в 2016 году [Текст] / Т. М. Ким, А. А. Токтогонова, К. М. Муқанбаев, О. А. Чонорова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - Москва, 2017. - № 8-1. - С. 73-77. <https://applied-research.ru>.

11. **Ким, Т. М.** Стигма и дискриминация, связанные с туберкулезом [Текст] / Т. М. Ким, Т. Ч. Чубаков, А. А. Токтогонова, К. А. Душимбекова // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2017. - № 1. - С. 90-93. <https://vestnik-avicenna.tj>.

Ким Татьяна Мироновнаын «Баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү шартында кургак учук дартын эрте аныктоо жана диагностикалоо ыкмаларын өркүндөтүү» деген темадагы 14.01.16 – фтизиатрия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: кургак учук, M. tuberculosis, GeneXpert MTB/RIF тести, рифампицин, диагноз коюунун кечендеши жана дарылоону баштоо.

Изилдөөнүн объектиси: кургак учук оорусуна чалдыккан 18 жаштан жогорку бейтаптар (1653 кургак учукка чалдыккан бейтаптар).

Изилдөөнүн предмети. Баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү шартында кургак учукту аныктоодо, какырык жана Xpert MTB/RIF молекулярдык тести болду.

Изилдөөнүн максаты: Баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү шартында кургак учукка каршы иш-чараларды ылайыкташтыруу жолу менен кургак учуктун диагностикасын жана дартты эрте аныктоону иштеп чыгуу.

Изилдөө ыкмалары: ретроспективдүү, салыштырма, статистикалык, маалымат чогултуу ыкмасы.

Алынган изилдөөнүн жыйынтыгы жана жаңылыгы: Кургак учук дартынын жаңы аныкталган оорулуулардын арасында рифампицидин кургак учукка тийгизген таасиринин төмөндөшү, анын тез жайылышы алгачкы жолу изилденди. Кургак учук дартын эрте аныктап, аныктоонун ар кандай ыкмаларынын эффективдүүлүгүнө анализ жүргүзүлдү, Xpert MTB/RIF молекулярдык ыкмасы менен микобактериялардын сезгичтиги кургак учукка каршы терапиянын башталышына чейин колдонуусу 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 андан аркы дарылоо алгоритми аныкталды. Баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү шартында оорулуунун дарыгерге биринчи жолу кайрылуусунун жана диагноздун коюлушунун мөөнөттөрүнө таасир берген факторлор аныкталды. Баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү шартында кургак учук оорусунун белгилери бар оорулууларга карата көзөмөл жүргүзүү эрежелери иштелип чыкты.

Колдонуу жааты: пульмонология, фтизиатрия, баштапкы медициналык-санитардык жардам берүү.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ким Татьяны Мироновны 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, M.tuberculosis, тест GeneXpert MTB/RIF, рифампицин, задержка установления диагноза и начала лечения.

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.

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

Методы исследования: 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 первичной медико-санитарной помощи. Разработана тактика ведения больных с подозрением на туберкулез легких в условиях первичной медико-санитарной помощи.

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, 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: 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.

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»
720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.
Тираж 100 экз.