

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ФТИЗИАТРИИ

Диссертационный совет К. 14.07. 344

На правах рукописи

УДК 616.240-002.5-08:614.212

Чонорова Октом Абдыкеримовна

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

14.00.26 - фтизиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2008

Работа выполнена в Национальном центре фтизиатрии МЗ Кыргызской Республики

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Алишеров Автандил Шермаатович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Тихомиров Владимир Яковлевич

кандидат медицинских наук, доцент
Маматов Кубанычбек Раимжанович

Ведущая организация: Национальный центр проблем
туберкулеза Республики Казахстан
(г. Алматы)

Защита диссертации состоится «27» июня 2008г. в 13:00
на заседании диссертационного совета К 14.07.344 при Национальном
центре фтизиатрии МЗ Кыргызской Республики по адресу: 720075,
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 90а.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального
центра фтизиатрии МЗ Кыргызской Республики по адресу: 720075,
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 90а.

Автореферат разослан «27» июня 2008 г.

Решением диссертационного совета К.14.07.344. от 6 марта 2008 года
№ 2 диссертация принята к защите и разрешается печатание автореферата.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Жданова Е.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

На сегодняшний день туберкулез остается серьезной медицинской и экономической проблемой в системе здравоохранения большинства стран мира, в том числе и Кыргызской Республики.

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения к 2020 году в мире ожидается еще 200 миллионов заболевших и 70 миллионов умерших от этого заболевания (Baris E., 2003).

Туберкулез является одной из основных причин смертности и инвалидности в Центральной Азии (Годиньо Дж. и соавт., 2005). Каждый год регистрируется более 50 000 новых случаев туберкулеза в указанном регионе.

В последние годы показатель заболеваемости туберкулезом среди населения Кыргызской Республики по оценкам ВОЗ превысил почти в 12 раз условно принятый в мире пороговый уровень заболеваемости (10 на 100 тыс. населения) (А.Ш. Алишеров, 2006).

Одной из главных причин, приведших к ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу в республике, являлся экономический кризис, влияющий, с одной стороны на сокращение бюджета здравоохранения, а с другой на снижение уровня жизни населения (А.Ш. Алишеров, 2001). Кризис привел к несоответствию между объемом осуществляемых противотуберкулезных мероприятий и реальной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в республике.

Важнейшим источником туберкулеза остаются учреждения пенитенциарной системы, в которых показатель заболеваемости длительно, в течение уже многих лет оказывается значительно выше, чем среди населения в целом (М.Д. Иманалиев, З.К. Гончарова, 2003; А.Ш. Алишеров, 2005).

С учетом сложившейся сложной эпидемиологической обстановки и социально-экономических условий, Правительством республики в 1995 году была принята Национальная противотуберкулезная программа «Туберкулез - 1». Данная программа, принятая в рамках стратегии DOTS, является главным направлением в борьбе с туберкулезом в мире и основана на краткосрочных курсах контролируемой химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом.

По определению экспертов ВОЗ, излечение больных туберкулезом является приоритетным направлением борьбы с туберкулезом.

В 2004 году стратегией DOTS было охвачено 183 страны мира (Ahiko T., 2007).

Кыргызстан стал одной из первых стран СНГ, приступившей к реализации стратегии DOTS на своей территории. Стратегия DOTS проводится в стране, начиная с 1996 года, благодаря внешней финансовой поддержке, предоставление которой стало возможным благодаря

выполнению Кыргызстаном следующих двух условий: осуществление реформы здравоохранения и поддержка этой реформы со стороны государственного бюджета (ВОЗ, 2001).

В условиях реализации Национальной противотуберкулезной программы и Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики в противотуберкулезной службе происходят качественные изменения. Одним из них является переход от стационарной формы лечения туберкулеза к амбулаторной, на уровне первичной медико-санитарной помощи (группы семейных врачей в центрах семейной медицины).

Проведение контролируемой амбулаторной химиотерапии в больших масштабах трудно осуществимо без привлечения звеньев первичной медико-санитарной помощи (А.Г. Хоменко, 1998; Ш.Ш. Исмаилов и соавт., 2006; Л.И. Ильницкая, 2007). Каждый пациент должен завершить курс противотуберкулезного лечения по месту жительства в ближайшем медицинском учреждении, т. е. на уровне учреждений сети ПМСП. Вследствие этого, от качества выполнения всех мероприятий по выявлению, диагностике и лечению туберкулеза в учреждениях ПМСП зависит в целом эпидемиологическая ситуация в стране.

Существующая в нашей стране и странах СНГ практика до сих пор предлагает ведущую роль стационарному лечению для всех впервые выявленных больных, независимо от характера туберкулезного поражения, наличия или отсутствия бактериовыделения и т.д. Однако многочисленные литературные данные наглядно свидетельствуют об экономической выгоде и эффективности амбулаторной формы лечения туберкулеза.

Согласно стратегии DOTS амбулаторному лечению подлежат больные, не выделяющие в окружающую среду микобактерии туберкулеза. При этом не рассматривается влияние различных медико-социальных факторов на эффективность химиотерапии туберкулеза.

В связи с этим, в условиях внедрения стратегии DOTS и реформирования системы здравоохранения в республике, применение амбулаторной формы лечения у впервые выявленных больных туберкулезом на уровне первичной медико-санитарной помощи требует четкого дифференцированного подхода на основании детального научного анализа, проверки эффективности и экономической целесообразности его применения.

Все вышесказанное, имеющее теоретическое и практическое значение в современных условиях, определяет актуальность исследования и служит основанием для проведения настоящей работы.

Связь темы диссертации с научными программами

Научное исследование проводилось в соответствии с Национальной противотуберкулезной программой и программой научных исследований Национального центра фтизиатрии «Повышение эффективности лечения и

совершенствование методов диагностики туберкулеза» (номер гос. регистрации 0003057).

Цель исследования

Совершенствование лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Задачи исследования

1. Изучить эффективность краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи, в амбулаторных условиях.

2. Определить информативность метода полимеразной-цепной реакции при использовании его в диагностике ограниченных форм туберкулеза органов дыхания.

3. Изучить отдаленные результаты краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи и экономическую эффективность амбулаторного лечения.

4. Разработать предложения, рекомендации по организации амбулаторного лечения больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Научная новизна полученных результатов

Впервые в республике научно доказана высокая эффективность лечения больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, получавших краткосрочный курс контролируемой химиотерапии по стратегии DOTS.

Обоснованы показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Разработан принцип организации лечения туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях республики.

Практическая значимость работы

Разработанные показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи позволяют обеспечить эффективное лечение.

Лечение больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи обеспечивает экономию имеющихся ресурсов в секторе здравоохранения.

Лечение туберкулеза, проводимое на уровне первичной медико-санитарной помощи по территориальному принципу, улучшит и реабилитирует социально-психологические аспекты больных туберкулезом (больной может находиться в кругу семьи, окружающей его обычной обстановке и без отрыва от работы) и способствует скорейшему

выздоровлению, снижению заболеваемости и смертности от туберкулеза среди населения в республике.

Экономическая значимость полученных результатов.

Затраты на лечение 1 больного туберкулезом в амбулаторных условиях в интенсивной фазе химиотерапии на уровне первичной медико-санитарной помощи составили 1144 сом 97 тыйын, что в 5,7 раза дешевле лечения 1 больного туберкулезом в интенсивной фазе химиотерапии в условиях стационара с учетом противотуберкулезных препаратов, питания, коммунальных услуг и прочих расходов, приходящихся на долю сектора здравоохранения - 6592сом 97 тыйын.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Противотуберкулезная химиотерапия, проводимая в амбулаторных условиях на уровне первичной медико-санитарной помощи при правильной организации лечения, учете показаний и соблюдения больными режима химиотерапии является высоко эффективной и безопасной формой лечения.

У больных с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, получивших интенсивную фазу лечения, как в стационарных условиях, так и в условиях амбулатория, процент рецидива туберкулеза одинаков.

Химиотерапия туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях является экономически выгодной формой организации лечения.

Личный вклад соискателя

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и по рекомендации научного руководителя организован кабинет контролируемой химиотерапии туберкулеза в амбулаторно-диагностическом отделении Национального центра фтизиатрии.

Самостоятельно пролечено 63 больных в амбулаторных условиях, включая интенсивную и поддерживающую фазы химиотерапии.

Принимала активное участие в лечении и наблюдении больных туберкулезом органов дыхания в Городском центре борьбы с туберкулезом и Центре семейной медицины № 1 г. Бишкека.

Проводила анализ экономической эффективности лечения больных туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях при консультативной помощи специалистов.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены на: симпозиуме «Значение первичного уровня здравоохранения в контроле эпидемиологической ситуации по туберкулезу» в рамках II Национального конгресса по болезням органов дыхания (Бишкек, 19-21 мая 2005 г.); научно-практической конференции НЦФ МЗ Кыргызской Республики (Бишкек, 5 июля 2007 г.) Диссертация апробирована и рекомендована к защите на заседании ученого совета НЦФ МЗ Кыргызской Республики 4 мая 2007 г.

Публикации по теме диссертации

Основные материалы диссертации опубликованы в 8 научных работах.

Структура и объем диссертации

На 92 страницах компьютерного текста изложено: введение, обзор литературы, общая характеристика материалов и методов исследования, собственные исследования, заключение, выводы, практические рекомендации; на 22 страницах - список из 198 источников использованной литературы. Работа иллюстрирована 10 таблицами, 15 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

В основу настоящего исследования включены результаты лечения 363 больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, которые получили краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии в разных организационных формах лечения (амбулаторная и стационарная) на базе Национального центра фтизиатрии, Городского центра борьбы с туберкулезом, Городской противотуберкулезной больницы и Центра семейной медицины № 1 г. Бишкека в 2002 - 2006 годы.

Методы исследования включали: общеклинические, рентгенологические, микробиологические и в ряде случаев ПЦР - анализ в качестве дополнительного метода диагностики туберкулеза.

Краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии включали две фазы - интенсивную и поддерживающую. На интенсивной фазе лечения больные ежедневно принимали изониазид, рифампицин, пиразинамид в сочетании со стрептомицином или этамбутолом в течение 2-х месяцев. По завершении интенсивной фазы лечения при отрицательном результате бактериоскопии мокроты приступали к поддерживающей фазе химиотерапии, при которой больные получали изониазид и рифампицин три раза в неделю в течение 4-х месяцев.

Для сравнительной оценки результатов контролируемой краткосрочной химиотерапии туберкулеза в амбулаторных и стационарных условиях больные были разделены на две группы: в I (основную) группу включены 220 больных, которые интенсивную фазу химиотерапии получили в амбулаторных условиях; во II группу (контрольную) - 143 пациентов, которым интенсивная фаза лечения проводилась в условиях стационара. Поддерживающая фаза химиотерапии больным обеих групп осуществлялась в амбулаторных условиях на уровне ПМСП по месту жительства.

Основными критериями эффективности химиотерапии туберкулеза в разных организационных формах лечения служили сроки исчезновения клинических проявлений туберкулезной интоксикации, положительная

рентгенологическая динамика туберкулезного процесса, отсутствие рецидива заболевания после завершения курса противотуберкулезного лечения и частота прекращения бактериовыделения у бациллярных больных.

Случаи туберкулеза, при которых к концу лечения отмечались положительные клинические, рентгенологические и лабораторные данные мы отнесли к клиническому излечению.

Больные, которые неоднократно в процессе лечения прерывали прием противотуберкулезных препаратов, но завершили полный курс химиотерапии относили к лицам периодически не соблюдавшим или нарушавшим режим лечения.

К рецидиву относили возобновление туберкулезного процесса, возникающего после эффективно завершившегося лечения у лиц, излеченных от туберкулеза и в настоящий момент при исследовании мазка мокроты, которых на микобактерии туберкулеза, были получены положительные результаты.

К абациллярному туберкулезу органов дыхания относили все активные легочные процессы с 3-х кратным отрицательным результатом бактериоскопии мокроты на микобактерии туберкулеза на момент установления диагноза.

Консультирование больных по туберкулезу в процессе химиотерапии проводили согласно методическим указаниям Всемирной организации здравоохранения (1998, 2006). Консультирование было направлено на повышение медицинской грамотности пациентов по туберкулезу органов дыхания и приверженности их непрерывному, длительному лечению.

В основной группе мужчин было - 121 (55,0%), женщин - 99 (45,0%), в контрольной - соответственно 87 (60,8 %) и 56 (39,2%). Сравнимые группы больных были сопоставимы между собой по полу, возрасту, клиническим формам заболевания, распространенности туберкулезного процесса и осложнениям.

Возраст больных составил от 15 до 60 лет и среди пациентов обеих групп преобладали лица в возрасте 20-29 и 30- 39 лет. В целом, они составили 70,0 % и 67,1 % соответственно группам.

По распространенности туберкулезный процесс в легких ограниченной протяженности существенно не отличался среди больных основной и контрольной групп (76,3±2,8% и 71,3±3,7 % соответственно).

Основной клинической формой заболевания у больных обеих групп был инфильтративный туберкулез легких (65,0% и 69,9% соответственно I и II группам), что представлено в табл. 1.

Туберкулез легких в фазе распада диагностирован у 52 (23,6 ±2,9%) больных основной группы и 43 (30,0±3,8%) - контрольной (достоверной разницы не выявлено, $p > 0,05$). Полости распада в легочной ткани имели небольшие или средние размеры.

Структура клинических форм туберкулеза органов дыхания в исследуемых группах больных

Клинические формы	Группы больных			
	I (основная)		II (контрольная)	
	абс.	%	абс.	%
Инфильтративный туберкулез легких	143	65,0	100	69,9
Очаговый туберкулез легких	50	22,7	27	18,9
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	4	1,8	3	2,1
Туберкулезный плеврит	19	8,7	11	7,7
Туберкулома легких	4	1,8	2	1,4
Всего	220	100,0	143	100,0

Больных, которые выделяли микобактерии туберкулеза, в основной группе было 4 (1,8%) человека и 16 (11,2%) – в контрольной.

Осложнения туберкулезного процесса отмечались у 35 (15,9 ± 2,5%) больных основной группы, в контрольной - у 31 (21,7 ± 3,4%) (разница не установлена, $p > 0,05$).

Материалом для проведения полимеразной-цепной реакции служили мокрота и плевральный экссудат. Сбор мокроты, экссудата производили в стандартных условиях в стерильные флаконы. Далее диагностический материал делили на части: одна часть использовалась для бактериоскопии и посева, другая - для исследования методом ПЦР - анализа.

Определение ДНК комплекса *Mycobacterium tuberculosis* выполнена на базе Республиканского центра крови, лаборатории иммуноферментного анализа и ПЦР. Проводилось сопоставление частоты выявления микобактерий туберкулеза с помощью ПЦР и традиционных микробиологических методов исследования (бактериоскопия, посев).

Статистическую обработку производили по методике Стьюдента (t). Достоверным считали отличие $p < 0,05$.

В 3 главе представлены материалы по организации амбулаторного лечения туберкулеза, показания к его проведению и результаты ПРЦ - анализа при диагностике ограниченных форм туберкулеза органов дыхания.

При ЦСМ №1 и амбулаторно-диагностическом отделении НЦФ были организованы кабинеты контролируемой химиотерапии туберкулеза в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

При организации амбулаторного лечения туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи необходимо было учитывать следующие моменты:

1. Материально-технические возможности ЦСМ;
2. Кадровый потенциал;
3. Обеспеченность квалифицированным медицинским персоналом, прошедших обучение методике краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии туберкулеза по DOTS;
4. Наличие удобств для обслуживания больных туберкулезом.

Показаниями к амбулаторному лечению явились:

1. Слабо или умеренно выраженные клинические проявления туберкулеза или их отсутствие;
2. Ограниченная протяженность поражения легких (1-2 сегментов), отсутствие деструкции или небольшие ее размеры (диаметром до 2см);
3. Результат бактериоскопии мокроты на МБТ 3-хкратно - отсутствие бактериовыделения;
4. Отсутствие в семье детей, особенно в возрасте до 6 лет;
5. Материально - бытовые условия и образ жизни больного;
6. Житель г. Бишкека (для удобства ведения мониторинга за больными);
7. В исключительных случаях, больные со скудным бактериовыделением.

Кроме этого, учитывалось желание самого пациента на лечение в амбулаторных условиях.

В кабинете больной принимал таблетки под непосредственным контролем медицинского персонала. Прием таблеток осуществлялся однократно и одновременно. Имелись наглядные пособия и литература по туберкулезу (памятки, брошюры и др.) для больных. При кабинете функционировала комната для сбора мокроты под непосредственным наблюдением медицинского персонала.

В ЦСМ контроль лечения проводил врач группы семейных врачей, а контроль качества лечения - фтизиатр ГЦБТ.

В обязанности фтизиатра по контролю лечения входило: оказание консультативно - методической помощи; определение потребности в противотуберкулезных препаратах и контроль над их расходом и хранением.

В обязанности врача ЦСМ входили контроль лечения, заполнение «Медицинской карты лечения больного туберкулезом», наблюдения за динамикой состояния больных и ведение амбулаторных карт пациентов.

Медицинская сестра вела регистрацию больных и контролировала выполнение больными лабораторных исследований в процессе химиотерапии.

Для удобства работы с больными и контроля регулярности приема противотуберкулезных препаратов была создана пофамильная картотека с учетом дней недели. «Медицинская карта больного туберкулезом»

размещалась в картотеке на тот день недели, когда больной должен явиться на прием препаратов под контролем медицинских работников.

В процессе химиотерапии постоянно проводилось консультирование больных по туберкулезу в соответствии с методическими указаниями ВОЗ.

Обращает внимание то, что лица женского пола, работающие и учащиеся, предпочитали амбулаторную форму лечения туберкулеза. На амбулаторном лечении настаивали и больные, имеющие инвалидность по другим заболеваниям и нуждающиеся в постоянной помощи близких людей. По этой причине 4 больных со скудным бактериовыделением основной группы получали лечение в амбулаторных условиях. В таких случаях добровольцы из Национального общества Красного полумесяца привозили противотуберкулезные препараты домой больному, и контролировали прием лекарств. Пенсионеры и лица, не имеющие работу по различным причинам, предпочитали лечение туберкулеза в условиях стационара.

В процессе курса химиотерапии среди больных обеих групп возникали проблемы, связанные с несоблюдением режима химиотерапии, в частности перерывами в лечении. Так, в основной группе лиц, периодически не соблюдавших режим лечения было 41 (18,6%) человек и в контрольной – 27 (18,9%). Среди них в 1,6 раза чаще встречались мужчины (61,8%), чем женщины (38,2%).

В возрастном аспекте преобладали больные в возрасте 20-40 лет (54,4%). Этот возрастной период для одних характеризуется неустроенностью в личной и социальной сфере жизни, для других - активной деятельностью. Возможно, эти факторы, отвлекают больных от процесса лечения и периодически приводят к перерыву в приеме противотуберкулезных препаратов.

Почти половина недисциплинированных, прервавших лечение больных (42,6%) не имели постоянной работы, и у них отсутствовал стимул к быстрейшему выздоровлению. По социальному статусу наиболее часто прерывали лечение лица рабочей квалификации (23,5%), затем служащие – 13,2% и студенты – 11,8%.

Причинами несоблюдения больными правил химиотерапии, т.е. принципа непрерывности лечения были: злоупотребления спиртными напитками (6 человек); сопутствующие туберкулезу психические заболевания (3); дискомфорт от приема противотуберкулезных препаратов (4) и ятрогенный фактор (2). Таким образом, 15 (22,1%) больных из 68 имели те или иные причины, которые предрасполагали их к прерыванию лечения. У остальных больных не соблюдение правил химиотерапии было связано с недисциплинированностью самих пациентов (67,9%), низкой медицинской грамотностью по туберкулезу (32,1%) и, вследствие этого, неадекватным отношением к состоянию здоровья.

Больные не соблюдали режим лечения, в основном, в поддерживающей фазе химиотерапии. Возможно, это связано с улучшением состояния больных после интенсивной фазы лечения. В этом ключе роль консультирования больного врачом о туберкулезе в течение всего периода лечения, несомненно, имеет большое значение. Больные, которые нарушали режим лечения на начальном этапе химиотерапии, продолжали его нарушать и в поддерживающей фазе.

Согласно принципам краткосрочной контролируемой химиотерапии туберкулеза, каждый больной должен принять таблетки противотуберкулезных препаратов под непосредственным контролем медицинских работников независимо от фазы химиотерапии (интенсивная или поддерживающая). Однако не все больные имели возможность (расходы на дорогу, желание лечиться без отрыва от производства и т.д.) посещать врача ежедневно в период интенсивной фазы и 3 раза в неделю - в фазе продолжения лечения. Поэтому в ряде случаев мы делали исключение для больных, выдавая 2-3 дозы противотуберкулезных препаратов на руки, с целью обеспечения непрерывности химиотерапии и при этом сам больной и члены его семьи контролировали лечение. Считается, что осознанное участие самого больного в лечении является главным залогом успешной химиотерапии туберкулеза. В этих условиях никакие объективные причины не смогут привести к срыву лечения.

Больные, в первые 2-3 недели лечения, приходили ежедневно к врачу для наблюдения, приема под контролем противотуберкулезных препаратов и получения необходимой информации.

В результате ежедневного врачебного наблюдения оценивались: динамика состояния больного, переносимость больным противотуберкулезных препаратов и его дисциплинированность.

При дисциплинированности пациента ставился вопрос о возможности выдачи противотуберкулезных препаратов (но не более трех доз) на руки больному для самостоятельного приема. При лечении больных без отрыва от производства учитывались характер работы и производственные условия.

Больным, которым противотуберкулезные препараты выдавались по 2-3 дозы на руки, было 100, и они входили в основную группу исследования.

В процессе лечения 7(7,0%) больных, в период интенсивной фазы лечения неоднократно прерывали прием противотуберкулезных препаратов. Впоследствии выяснилось, что 4 из них иногда увлекаются употреблением спиртных напитков. Остальные 3 прервали прием противотуберкулезных препаратов по объективным причинам (уехали за город по семейным обстоятельствам).

В целях регулярного приема противотуберкулезных препаратов больными с неблагоприятным прогнозом по соблюдению режима непрерывного лечения, рекомендуется широко использовать материальное

стимулирование в виде бесплатных обедов, сухих продуктовых пакетов, оплаты дорожных расходов и др.

Материальное стимулирование в виде бесплатного питания в столовой 1 раз в день (обед) в течение всего курса лечения получили 46 человек. Некоторые пациенты отказывались от обеда и им выдавались сухие продуктовые пакеты 1 раз в месяц. Лицам, строго соблюдающим режим лечения, дополнительно стимулировали приверженность лечению денежными поощрениями в сумме до 30 сомов еженедельно. Все больные завершили лечение, соблюдая режим химиотерапии.

В исследовании нами была изучена чувствительность метода ПЦР - анализа при диагностике ограниченных формах туберкулеза органов дыхания. Чувствительность метода ПЦР-анализа составила 60,0%. Этот показатель существенно превышает уровень чувствительности традиционных микробиологических методов исследования (бактериоскопия - 18,0%, посев - 36,0%) при туберкулезе и повышает выявление МБТ при отсутствии или скудном выделении микобактерий туберкулеза в окружающую среду, что важно для своевременной диагностики туберкулеза и лечения. Метод ПЦР - анализа можно применять как дополнительный метод исследования при диагностике ограниченных форм туберкулеза органов дыхания.

В главе 4 нами приведены результаты анализа эффективности лечения туберкулеза краткосрочными курсами контролируемой химиотерапии в разных организационных формах (амбулаторная и стационарная).

Проведенный сравнительный анализ результатов лечения в интенсивной фазе химиотерапии показал, что эффективность лечения туберкулеза была почти одинаковой, как при амбулаторных, так и стационарных условиях.

По данным нашего исследования в 100% случаев у больных обеих групп

клинические проявления туберкулезной интоксикации различной степени выраженности исчезли к концу интенсивной фазы химиотерапии.

Показатели гемограммы нормализовались к 3 - месяцам химиотерапии в 95,6% случаев в каждой группе больных.

Положительная рентгенологическая динамика туберкулезного процесса у подавляющего большинства больных основной и контрольной групп (98,2% и 96,5% соответственно) наблюдалась к 2-3 месяцам лечения. При этом, к концу интенсивной фазы лечения заживление небольших полостей распада в легочной ткани чаще наблюдалось среди больных контрольной группы (44,2±4,1%) по сравнению с основной (38,1±3,2%), однако достоверной разницы между группами не выявлено ($p > 0,05$). По завершении полного курса противотуберкулезного лечения полости распада в легочной ткани не определялись почти одинаково в обеих группах (95,2% и 97,7% соответственно).

Полное рассасывание воспалительных изменений наиболее часто наблюдалось в группе больных, которым интенсивная фаза химиотерапии проводилась в условиях стационара (23,9% против 17,0%) (табл. 2). Малые посттуберкулезные изменения в 1,2 раза чаще встречались у больных основной группы.

Таблица 2

Структура посттуберкулезных изменений у больных в группах к окончанию курса химиотерапии

Посттуберкулезные изменения	Группы больных			
	I (основная)		II (контрольная)	
	абс.	%	абс.	%
Полное рассасывание	37	17,0	34	23,9
Малые остаточные изменения	150	68,8	84	59,2
Большие остаточные изменения	31	14,2	24	16,9
Всего	218	100,0	142	100,0

В целом, остаточные посттуберкулезные изменения (малые и большие) после завершения курса химиотерапии практически одинаково встречались как среди больных основной группы, так и контрольной (83,0% и 76,1% соответственно).

Хирургическое лечение было применено в 1,4% случаев среди больных основной группы. Показаниями к раннему оперативному вмешательству (после окончания интенсивной фазы лечения) явились туберкулема (2 случая) и прогрессирование туберкулезного процесса (1 случай). У этих больных в конце основного курса химиотерапии был отмечен благоприятный исход заболевания. В контрольной группе не было случаев оперативного вмешательства.

Таким образом, положительная клинико-рентгенологическая динамика туберкулезного процесса, т.е. клиническое излечение заболевания после завершения полного курса химиотерапии отмечена в 99,1% случаев среди больных, получивших интенсивную фазу лечения в амбулаторных условиях и в 99,3% - среди больных, которым только поддерживающая фаза лечения проводилась в таковых условиях.

Переносимость противотуберкулезных препаратов больными в подавляющем большинстве случаев была удовлетворительной (92,7% и 95,1% соответственно группам).

Побочные действия препаратов в основном проявлялись в интенсивной фазе химиотерапии в период максимальной лекарственной нагрузки. Чаще всего побочные реакции развивались на стрептомицин, пипразинамид и рифампицин. В подавляющем большинстве случаев (81,2% и 71,4% соответственно I и II группам) побочные реакции на противотуберкулезные препараты носили устранимый характер и не требовали изменения схемы лечения. Неустраняемые побочные реакции отмечались в 18,8% случаев в основной группе и контрольной - в 28,6% и развивались на стрептомицин и рифампицин. Эти препараты были заменены этамбутолом.

Впоследствии, у ряда больных нарушение режима лечения привело к нестойкому затиханию туберкулезного процесса в легких и рецидиву заболевания после окончания полного курса химиотерапии.

При наблюдении за больными на протяжении 1-3 лет достигнутый клинико-рентгенологический эффект от химиотерапии оказался стойким у 95,9% больных из числа лиц с клиническим излечением туберкулеза основной группы и у 96,5% - контрольной. Рецидивы туберкулезного процесса после завершения полного курса противотуберкулезного лечения возникли в 4,1% случаев среди больных основной группы и в 3,5% - контрольной (рис.).



Рисунок. Рецидивы туберкулеза легких в отдаленные сроки наблюдения (в %)

У всех больных в прошлом была инфильтративная форма туберкулеза легких с распадом. Возможно, в фиброзно-рубцовых изменениях на месте заживления полостей остались инкапсулированными очаги казеоза, которые дали реактивацию туберкулезного процесса под воздействием внешних и внутренних факторов. Сопутствующие

заболевания имели 7 больных (хроническое обструктивное заболевание легких - 3, сахарный диабет - 1 и заболевание печени желудочно-кишечного тракта - 3).

Почти все больные с рецидивом туберкулезного процесса в прошлом являлись недисциплинированными больными и периодически прерывали прием противотуберкулезных препаратов в процессе лечения.

Нами проанализированы экономические преимущества лечения туберкулеза в амбулаторных условиях.

Затраты на лечение 1 больного туберкулезом в амбулаторных условиях в интенсивной фазе химиотерапии составили 1144 сом 97 тыйын, что в 5,7 раза дешевле лечения 1 больного туберкулезом в интенсивной фазе химиотерапии в условиях стационара с учетом противотуберкулезных препаратов, питания, коммунальных услуг и прочих расходов, приходящихся на долю сектора здравоохранения - 6592 сом 97 тыйын. Кроме затрат, приходящихся на долю сектора здравоохранения, амбулаторное лечение имеет материальное и психологическое преимущество, по отношению к самому больному. Возможность проведения длительного лечения без отрыва от производства, в условиях привычного комфортного окружения в семье, исключает расходы самого больного и членов семьи на жизнеобеспечение вне дома.

В заключении коротко представлены материалы и методы исследования и обсуждение результатов полученных данных.

Результаты проведенного нами исследования показывают, что больные с ограниченными формами туберкулеза органов дыхания нет необходимости, лечить длительно в стационарных условиях. По данным литературы длительный отрыв от семьи, привычного окружения, соблюдение больничного режима отрицательно сказываются на психо-эмоциональном состоянии и социальном положении пациента (М.Э. Гурылева и соавт., 2005; Е.В. Сухова и соавт., 2005; И.А. Волчегорский и соавт., 2007).

При амбулаторном лечении туберкулеза на уровне ПМСП больной максимально приближен к медицинскому учреждению, что удобно для самого больного и контроль лечения одним врачом способствует лучшему взаимопониманию между врачом и пациентом, что имеет большое значение при длительном многомесячном лечении туберкулеза. Гарантом успешной химиотерапии является проведение консультирования по туберкулезу среди больных, направленного на сохранение мотивации, желания к лечению больного в процессе всего курса химиотерапии. Немаловажное значение имеет материальное стимулирование пациентов для повышения приверженности непрерывному лечению.

В целом, краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии туберкулеза, проводимые в амбулаторных условиях на уровне ПМСП, при правильной организации лечения, правильном учете показаний и

соблюдении больными режима химиотерапии является высокоэффективным. Рецидивы туберкулеза после завершения полного курса химиотерапии возникают редко.

ВЫВОДЫ

1. Эффективность химиотерапии туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи не уступает по эффективности лечению в стационарных условиях противотуберкулезного учреждения. Так, клиническое излечение туберкулеза наступило у 99,1% больных основной группы и у 99,3% - контрольной.

2. Чувствительность метода полимеразной цепной реакции при диагностике ограниченных форм туберкулеза органов дыхания без бактериовыделения (или скудном выделении) составила 60,0% и ПЦР-анализ можно применять как дополнительный метод исследования при туберкулезе.

3. Рецидивы туберкулеза в обеих группах существенно не различались. Так, среди больных, получивших интенсивную фазу лечения на уровне первичной медико-санитарной помощи рецидивы туберкулеза легких, отмечены в 4,1% случаев и в 3,5% - среди больных, которым интенсивная фаза химиотерапии проводилась в условиях стационара противотуберкулезного учреждения.

4. Стоимость амбулаторного лечения 1-го больного в интенсивной фазе химиотерапии в 5,7 раза дешевле, чем стоимость лечения 1-го больного в стационарных условиях.

5. Основными показаниями для отбора больных на лечение туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи являются: туберкулез ограниченной протяженности без бактериовыделения, занятость и образ жизни больного, материально-бытовые условия и желание больного. Необходимо постоянное консультирование больных в течение всего курса лечения, особенно на поддерживающей фазе химиотерапии, так как причинами несоблюдения больными режима лечения в 67,9% случаев была недисциплинированность самих пациентов и в 32,1% - низкая медицинская грамотность по туберкулезу.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В условиях реформы системы здравоохранения в республике рекомендуется отдавать предпочтение лечению туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Это повышает качество предоставления медицинских услуг больным туберкулезом:

- больной максимально приближен к медицинскому учреждению при территориальном принципе работы;

- больной находится в окружении семьи;
- больные могут получать лечение без отрыва от производства.

Кроме этого, амбулаторная форма лечения позволяет экономить расходы, приходящиеся на долю сектора здравоохранения.

2. При организации амбулаторного лечения туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи необходимо учитывать следующие моменты:

- Материально-технические возможности ЦСМ;
- Кадровый потенциал;
- Обеспеченность квалифицированным медицинским персоналом, прошедшим обучение методике краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии туберкулеза по DOTS;
- Наличие удобств для обслуживания больных туберкулезом.

3. Показаниями к амбулаторному лечению туберкулеза являются:

- Слабо или умеренно выраженные клинические проявления туберкулеза или их отсутствие;
- Ограниченная протяженность поражения легких (1-2 сегментов), отсутствие деструкции или небольшие ее размеры (диаметром до 2см);
- Результат бактериоскопии мокроты на МБТ 3-хкратно - отсутствие бактериовыделения;
- Отсутствие в семье детей, особенно в возрасте до 6 лет;
- Материально - бытовые условия и образ жизни больного.

4. Для достижения успеха лечения туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи рекомендуется широко применять образовательные программы по туберкулезу среди больных в течение всего курса химиотерапии, особенно в поддерживающей фазе, в целях повышения мотивации и желания больных к завершению полноценного лечения.

5. В целях регулярного приема противотуберкулезных препаратов больными с неблагоприятным прогнозом по соблюдению режима непрерывного лечения рекомендуется широко использовать материальное стимулирование в виде бесплатных обедов, сухих продуктовых пакетов, оплаты дорожных расходов и др.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Организация и эффективность лечения больных туберкулезом по стратегии DOTS в амбулаторных условиях //Сб. науч. трудов: Контроль над туберкулезом в странах Центрально-Азиатского региона. - Бишкек, 2003. - С. 72 – 77. (соавт.: Алишеров А.Ш.)

2. Применение ПЦР – анализа в диагностике абациллярных, ограниченных форм туберкулеза органов дыхания //Сб. науч. трудов молодых ученых: Гуманитарные проблемы современности: - Бишкек, 2007. - Выпуск 8. - С. 423 - 425.

3. Эффективность лечения впервые выявленных больных с ограниченным, абациллярным туберкулезом легких //Фтизиопульмонология. - 2007. - № 1 (11). - С. 72 - 75. (соавт.: Алишеров А.Ш.)

4. Эффективность лечения туберкулеза органов дыхания в амбулаторных условиях //Центрально - Азиатский медицинский журнал. - 2007. - Том XIII. - № 4-5. - С. 326- 329. (соавт.: Алишеров А.Ш.)

5. Отдаленные результаты лечения туберкулеза органов дыхания в амбулаторных условиях // Хирургия Кыргызстана. - 2007. - № 2. - С.239 - 241.

6. Лечение больных туберкулезом органов дыхания в амбулаторных условиях // Хирургия Кыргызстана. - 2007. - № 2. - С.241 - 245. (соавт.: Алишеров А.Ш.)

7. Эффективность лечения краткосрочным курсом химиотерапии в амбулаторных условиях больных с впервые выявленным туберкулезом легких //Фундаментальные проблемы фармакологии: Тез. докл. 2-го съезда Российского Научного Общества фармакологов. - 2003. - Часть 2. - С.221. (соавт.: Тилекеева У. М., Алишеров А.Ш.)

8. Организация амбулаторного лечения больных туберкулезом органов дыхания //Центрально - Азиатский медицинский журнал: - 2005. - Том IX, приложение 2. - С.80. (соавт.: Алишеров А.Ш.)

РЕЗЮМЕ

диссертации Чоноровой Октом Абдыкеримовны на тему «Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.26 - фтизиатрия.

Ключевые слова: туберкулез, краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии, амбулаторное и стационарное лечение, первичная медико-санитарная помощь.

Цель исследования: Совершенствование лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Объект исследования: 363 больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, которые получали краткосрочные курсы контролируемой химиотерапии в разных организационных формах лечения (амбулаторная или стационарная) на базе Национального центра фтизиатрии, Городского центра борьбы с туберкулезом, Городской противотуберкулезной больницы и Центра семейной медицины №1 г. Бишкека в 2002 - 2006 годы.

Методы исследования: Общеклинические, рентгенологические, микробиологические методы исследования, метод полимеразной цепной реакции.

Научная новизна: Научно обоснована высокая эффективность лечения больных туберкулезом органов дыхания, получавших краткосрочный курс контролируемой химиотерапии по стратегии DOTS на уровне первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Обоснованы показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Разработан принцип организации лечения туберкулеза на уровне первичной медико-санитарной помощи в условиях республики.

Практическая значимость: материалы исследования используются в практической деятельности НЦФ, Городского центра борьбы с туберкулезом и учреждений первичного звена здравоохранения.

Результаты: разработаны показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом органов дыхания и доказана эффективность краткосрочных курсов контролируемой химиотерапии туберкулеза органов дыхания на уровне первичной медико-санитарной помощи для практического здравоохранения по повышению качества предоставления медицинских услуг больным туберкулезом.

Диссертация изложена на 114 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 10 таблицами и 15 рисунками.

КОРУТУНДУСУ

14.00.26 – фтизиатрия адистиги боюнча Чонорова Өктөм Абдыкеримовнанын медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган «Биринчи ирет өпкө кургак учугу аныкталган оорулууларды алгачкы медициналык-санитардык жардамдын шартында дарылоонун натыйжалуулугу» деген темадагы диссертациясынын

Негизги сөздөр: кургак учук, көзөмөл алдындагы химиотерапиянын кыска мөөнөттүү курсу, амбулатордук жана стационардык шартта дарылоо, алгачкы медициналык-санитардык жардам.

Изилдөөнүн максаты: Биринчи ирет өпкө кургак учугу аныкталган оорулууларды алгачкы медициналык-санитардык жардамдын шартында дарылоону жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: 2002-2006 жылдары, көзөмөл алдындагы химиотерапиянын кыска мөөнөттүү курсун ар турдүү уюштуруу шартында (амбулатордук жана стационардык) алган, 363 биринчи ирет өпкө кургак учугу аныкталган оорулуулар. Оорулуулар дарыланууну Улуттук фтизиатрия борборунун, Шаардык кургак учукка каршы күрөшүү борборунун, Шаардык кургак учукка каршы ооруканасынын жана №1 үй-бүлөлүк медицина борборунун базасында өткөрүлгөн.

Изилдөөнүн ыкмасы: Жалпы клиникалык, рентгенологиялык, микробиологиялык изилдөөлөр ыкмасы жана полимераздык реакция тизмегинин ыкмасы.

Илимий жаңылыгы: Өпкө кургак учугунан жабыркаган оорулууларды, DOTS стратегиясы боюнча көзөмөл алдындагы химиотерапиянын кыска мөөнөттүү курсу менен, алгачкы медициналык-санитардык жардамдын шартында дарылоонун жогорку натыйжалуулугу илимий негизделген. Өпкө кургак учугунан жабыркаган оорулууларды алгачкы медициналык-санитардык жардамдын шартында амбулатордук дарылоого көрсөтмөлөр негизделген. Республиканын шартындагы алгачкы медициналык-санитардык жардамдын деңгээлинде кургак учукту дарылоону уюштуруунун негиздери иштелип чыккан.

Практикалык маанилүүлүгү: изилдөөнүн жыйынтыктары Улуттук фтизиатрия борборунун, Шаардык кургак учукка каршы күрөшүү борборунун, саламаттык сактоонун алгачкы звеносунун мекемелеринин тажрыйбасында колдонулууда.

Жыйынтыктар: Өпкө кургак учугунан жабыркаган оорулууларды амбулатордук шартта дарылоого көрсөтмөлөр негизделген жана медициналык тейлөөнүн сапатын жогорулатуу боюнча, өпкө кургак учугунан жабыркаган оорулууларды алгачкы медициналык-санитардык жардамдын шартында, көзөмөл алдындагы химиотерапиянын кыска мөөнөттүү курсу менен дарылоонун натыйжалуулугу далилденген.

Диссертация 114 компьютердик текст баракта жазылган, 10 таблица жана 15 сүрөттү камтыйт.

RESUME

of the dissertation of Chonorova Oktom Abdykerimovna entitled "The effectiveness of treatment of new cases of respiratory tuberculosis at primary health care level" for a degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.00.26 – phthisiology.

Key words: tuberculosis, short-course controlled chemotherapy, ambulatory and in-patient treatment, primary health care

Aim of the study: perfection of treatment of new cases of respiratory tuberculosis at primary health care level.

Study material: 363 patients with newly diagnosed tuberculosis of respiratory organs who received controlled short-course chemotherapy in organizationally different forms (ambulatory or in-patient treatment) in the National Centre of Phthisiology, the City Centre for Tuberculosis Control, the City Anti-tuberculosis Hospital and the Family Medicine Centre No.1 in Bishkek in the period 2002-2006.

Methods: General-clinical, radiological, microbiological methods, polymerase chain reaction.

Scientific novelty: High effectiveness of short-course controlled chemotherapy treatment of respiratory tuberculosis in accordance with DOTS at primary health care level in an ambulatory setting has been scientifically validated.

Indications for ambulatory treatment of new cases of respiratory tuberculosis at primary health care level have been scientifically substantiated.

The principles of organization of treatment for tuberculosis at primary health care level have been developed.

Practicality: Results of the study are used in the practice of the National Centre of Phthisiology, the City Centre for Tuberculosis Control and primary health care facilities.

Results: Indications for ambulatory treatment of patients with respiratory tuberculosis have been developed. The effectiveness of controlled short-course chemotherapy for respiratory tuberculosis at primary health care level resulting in improved quality of medical services to tuberculosis patients has been proved.

The dissertation has 114 pages of computer-typed text and is illustrated with 10 tables and 15 pictures.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
 НЦФ - Национальный центр фтизиатрии
 DOTS - Directly, Observed, Treatment, Short-course
 ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
 ГСВ - группа семейных врачей
 ЦСМ - центр семейной медицины
 ГЦБТ - городской центр борьбы с туберкулезом
 ПЦР - полимеразная цепная реакция
 МБТ - микобактерии туберкулеза
 ПТП - противотуберкулезные препараты

Соискатель



Чонорова О.А.

Подписано в печать 23.04.2008. Формат 60 × 84 ¹/₁₆
 Офсетная печать. Объем 1,5 п.л.
 Тираж 100 экз. Заказ 455.

Отпечатано в типографии КРСУ
 г. Бишкек, ул. Шопокова, 68.