

УДК 616-002.5-08

## Формирование приверженности к профилактике туберкулеза среди школьников через систему конкурса плакатов

**Д.С. Рясенский, А.В. Асеев, Ю.Ф. Платонов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Профилактика туберкулеза — многогранное направление работы. Основным, традиционным, рекомендованным ВОЗ, направлением является иммунизация ВСГ. Не ставя под сомнение этот тезис, следует отметить рост количества случаев отказа родителей от вакцинации ВСГ в роддоме (без медицинских противопоказаний). То же самое можно сказать о постановке пробы Манту, обследовании «виражных» детей, проведении химиопрофилактики, санитарной профилактики. Причиной этому является недостаточная информированность населения о туберкулезе, причинах его развития, возможности и эффективности профилактики и ранней диагностики. Не менее важным аспектом профилактики туберкулеза является борьба с вредными привычками, прежде всего с курением, пропаганда стремления к здоровому образу жизни. Для этого могут быть использованы разные способы.

**Цель работы** — повышение знаний школьников о туберкулезе, формирование приверженности к профилактике туберкулеза, стремление к здоровому образу жизни.

**Материалы и методы.** При поддержке Тверской городской администрации и руководства ТГМА в 2013 г. проведены конкурсы рисунка учащихся Медновской школы-интерната, детского туберкулезного санатория «Митино», 52-й гимназии г. Твери (более 200 детей). Среди учащихся были проведены беседы о туберкулезе, причинах его развития и методах профилактики. После этого школьники по своему усмотрению выполняли рисунки (плакаты), отражающие их представление о борьбе с туберкулезом, вредными привычками, пропагандой здорового образа жизни. Учащиеся 52-й гимна-

зии г. Твери придумали театрализованное выступление, посвященное борьбе с туберкулезом, составили видео-презентацию на эту тему. Конкурсы рисунка и выступления проходили в присутствии массы школьников и (или) в рамках конференции студенческого научного общества ТГМА. Конкурсные комиссии определили три лучшие работы в трех номинациях: «Борьба с туберкулезом», «Борьба с вредными привычками», «Пропаганда здорового образа жизни».

**Результаты.** При беседах с учащимися после конкурсов было выявлено, что они получили новую информацию о туберкулезе, а предложенная форма работы интересна, и в будущем они хотели бы участвовать в подобных мероприятиях. При первом проведении акции работы предоставили 15 % присутствовавших школьников, после ее завершения более 50 % заявили о намерении участвовать в конкурсах. Наиболее существенным мнением «взрослых» посетителей конкурсов было то, что необходимо организовать передвижные выставки-демонстрации работ в школах, лицеях, гимназиях, вузах, местах массового пребывания людей (кинотеатры, супермаркеты). В последующем такие выставки были неоднократно проведены в торговом центре «Рубин».

**Выводы.** Таким образом, проведение конкурсов плаката, посвященных борьбе с туберкулезом, вредными привычками и пропагандой здорового образа жизни среди школьников, позволяет повысить уровень вербализованных и невербализованных знаний детей и подростков о туберкулезе, привлечь внимание широких слоев общественности к профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

УДК 616.24-002.5..616-074

## Проблемы лекарственно устойчивого туберкулеза в Республике Молдова

**Д.О. Саин, И.Н. Хайдарлы, Л.П. Рывняк, Т.П. Тудос, Г.Т. Кривенко, С.Н. Чобану, Е.Н. Кула**

Институт фтизиопневмологии имени Кирилла Драганюка, Кишинев, Республика Молдова

E-mail: dmitriisain@rambler.ru

**С**овещание министров стран с высоким бременем туберкулеза МЛУ/ШЛУ (Пекин, 2009) рекомендовало изучить частоту этих форм лекарственной устойчивости (ЛКУ), задекларированных в ВОЗ, и информировать о результатах на мировом уровне. Таким образом, на национальном уровне необходимо провести методологические, диагностические, эпидемиологические исследования по определению значимости этой проблемы для расширения гаммы препаратов, устойчивость к которым тестируется с коррекцией схем лечения. Феномен лекарственной устойчивости является большой проблемой в контроле туберкулеза. Высокую частоту культур, резистентных МБТ, регистрируют в регионах как с высо-

кой, так и низкой заболеваемостью. Обращают внимание на необходимость в координации мероприятий, направленных на строгое обеспечение эффективного контроля инфекции, особенно прекращения распространения множественной, широкой и с тотальной лекарственной устойчивостью (МЛУ, ШЛУ и ТЛУ), которая является серьезным бременем для страны.

Для реализации Национальной политики в области здравоохранения, стратегии развития системы здравоохранения в период 2008—2017 гг., Стратегии Всемирной организации здравоохранения «Остановить туберкулез», Глобального плана контроля за туберкулезом на 2006—2015 гг., другими международными документами

в даній області, а також исходя з завершення в кінці 2015 г. Національної програми по контролю і профілактиці туберкульозу на 2011–2015 гг. і Програми «Остановить туберкулез МЛУ» ми плануємо провести дослідження по визначенню діагностических і організаційних особливостей туберкульозу з широкою і тотальною лікарською стійкістю.

**Матеріали і методи.** Проаналізована епідситуація по туберкульозу з ретроспективним аналізом за останні 20 років. Два десятиліття назад епідеміологічна ситуація по туберкульозу в Республіці Молдова вважалася благоприємною – захворюваність всіма формами туберкульозу становила 39,6 на 100 000 населення і смертність – 3,9 при благоприємній структурі захворюваності. Еволюція туберкульозу в Республіці Молдова придбрала епідемічний характер в 90-х роках минулого століття в результаті соціально-економічного кризи, недостатнього фінансування системи охорони здоров'я, відсутності протитуберкульозних препаратів в період з 1997 по 2000 г. Незважаючи на всі зусилля, здійснювані в Республіці Молдова в межах Національних програм контролю туберкульозу, впроваджених в 1996–2000 гг., 2001–2005, 2006–2010 гг., а також в 2011–2015 гг., такі фактори, як висока захворюваність туберкульозом, поширення туберкульозу з лікарською стійкістю і соціальною стійкістю, поява форм туберкульозу з широкою лікарською стійкістю (ШЛУ), туберкульоз у ВІЧ-інфікованих, високий удільний вага (41,5 %) супутньої патології, ускладненої хронічним алкоголізмом і зловживанням алкоголем (22,8 %), а також надмірна міграція населення, ставлять захворюваність туберкульозом в ряд пріоритетних проблем охорони здоров'я. Таким чином, починаючи з 2001 і до 2005 г., кількість нових випадків і рецидивів туберкульозу збільшилася

з 3820 до 5632. З 2006 г. кількість нових випадків і рецидивів туберкульозу стабілізувалося і наметилася тенденція до зниження загальної захворюваності туберкульозом (з 133,9 випадків на 100 тис. населення в 2005 г. до 110,0 випадків в 2013 г.). Разом з тим загальна захворюваність туберкульозом в Молдові майже в три рази вище, ніж в середньому по країнах Європейського регіону. Позитивний результат став можливим завдяки впровадженню в Республіці Молдова стратегій ДОТС (строго контролюваного лікування) і ДОТС плюс (стратегія лікування туберкульозу з багатолікарською стійкістю), рекомендованих ВОЗ для забезпечення контролю туберкульозу. Всім хворим до початку лікування проводять тестування на ЛКУ класическим методом посіву на тверді і рідкі харчові середовища, використовують методи прискореної діагностики на апаратах ВАСТЕС MGIT 960, XpertMTB/Rif, ProbeTec, Genotype® MTBDRplus si Genotype® Mycobacterium CM. Слід зазначити, що феномен ЛКУ за останні 20 років збільшився з 25,6 % в 1997 г. до 57,99 % в 2013 г., а ТБМЛУ зростає з 3,7 до 38,78 % відповідно. Кількість випадків ТБШЛУ досягло 7,2 %. Отже, для визначення масштабу цієї проблеми в національному масштабі необхідно визначити діагностическі і організаційні особливості туберкульозу з широкою і тотальною стійкістю (ШЛУ/ТЛУ).

**Висновки.** Вперше в Республіці Молдова будуть отримані дані, що характеризують туберкульоз з МЛУ/ШЛУ/ТЛУ, які дозволять досягти підвищення ефективності лікування за рахунок визначення правильних доз ін'єкційних препаратів, исходя з даних про концентрації їх в культурі на основі ступеня стійкості. Будуть розроблені індивідуалізовані схеми лікування і визначені конкретні терміни його, исходя з характеру резистентності (первична і вторична МЛУ/ШЛУ/ТЛУ).

УДК 616.12-009.72-02:616.223-007.272-06

## Сучасні підходи до лікування коморбідної патології ішемічної хвороби серця та ХОЗЛ

**В.К. Ташук, Т.М. Амеліна, О.С. Полянська**

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

E-mail: bsmu@bsmu.edu.ua

**П**роблема коморбідності двох найпоширеніших в Україні та світі хвороб – хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) – одна з найважливіших у внутрішній медицині. Постаріння населення, шкідливі звички, гіподинамія, нерациональне харчування, погіршення екологічної ситуації вносять свій внесок до поєднання ХОЗЛ та ІХС. Співіснування цих хвороб змінює перебіг кожної з них, сприяє ранньому формуванню ускладнень і створює труднощі для терапії. Тому за **мету дослідження** ми обрали вивчення ефективності і безпеки застосування β-адреноблокатора карведилолу в хворих із поєднаним перебігом ІХС і ХОЗЛ шляхом оцінки стану легеневої вентиляції.

Обстежено 48 хворих на ІХС зі стабільною стенокардією напруження II–III функціонального класу та з супутнім ХОЗЛ. Створено дві групи: 1-ша – 20 хворих,

котрі отримували основну терапію та метопрололу сукцинат у середній добовій дозі по 50 мг; 2-га група – 28 хворих, яким на тлі основної терапії замість метопрололу сукцинату призначено карведилол у середній добовій дозі 12,5 мг. Доцільність використання карведилолу у цієї категорії хворих оцінювали за показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД). У всіх пацієнтів діагностовано ХОЗЛ I–II стадії, яке на момент обстеження відповідало повній ремісії.

Динаміка показників ФЗД на тлі запропонованого лікування у пацієнтів 1-ї групи була такою: життєва ємність легень (ЖЄЛ) збільшилася на 2,6 %, максимальна вентиляція легень (МВЛ) – на 2,8 %, форсована ЖЄЛ (ФЖЄЛ) – на 3,1 %, об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>) – на 2,7 %, показники середньої (СОШ) та максимальних об'ємних швидкостей видиху на рівні великих (МОШ<sub>25</sub>), середніх (МОШ<sub>50</sub>) і дрібних бронхів