

Тбилисский Государственный Медицинский Университет

на правах рукописи

Екатерина Александровна Саникидзе

**Сравнительный анализ основных этапов истории
борьбы с туберкулезом в Грузии**

Фтизиатрия и пульмонология-14. 00. 26.

А в т о р е ф е р а т

диссертации на соискание степени
кандидата медицинских наук

Тбилиси
2006

Работа выполнена на базе кафедр фтизиатрии и пульмонологии и истории медицины и биомедицинской этикиэтики ТГМУ и национального центра туберкулеза и легочных заболеваний

Научные руководители:

Л. Вашакидзе
Доктор медицинских наук,
профессор (14.00.26.)

Р. Шенгелия
Доктор медицинских наук,
профессор(14.00.10.)

Официальные оппоненты:

Ш. Гогишвили (14.00.26.)

Доктор медицинских наук,
профессор

М. Гургенидзе (14.00.10)

Доктор медицинских наук,
кандидат

Защита состоится ----- 2006 г.
на заседании диссертационного совета № 13 ТГМИ м 14. 44
(Пр. Ил. Чавчавадзе 29)

Ознакомиться с диссертацией возможно в библиотеке ТГМИ
(Пр. Ил. Чавчавадзе 29)

Научный секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук
профессор

С. Вашакидзе

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Разработка усовершенствованной системы контроля по туберкулезу является одним из актуальных вопросов здравоохранения в современном мире [WHO. Global Tuberculosis control 2004, 2005. WHO. Global Plan to Stop TB, 2001, 2002]. Всемирной организацией здравоохранения (WHO) и Международным союзом борьбы с Туберкулезом и Легочными Заболеваниями (IUATLD) неоднократно предлагались различные модели борьбы с туберкулезом [Euro-TB. Report on Tuberculosis Cases Notified in 2002, 2003, 2004; WHO Expert Committee on TB. VIII, IX report, 1964, 1974].

В начале 80-ых годов прошлого века изменилась эпидемиологическая ситуация туберкулеза и был отмечен значительный рост случаев заболевания во всём мире [Who. Global Tuberculosis Programme. 1994; Reviglione MC, Pio A. 1948-2000. march 2, 2002.]. Такое развитие событий поставило под вопрос совершенство и эффективность ранее существующих стратегий. Вследствие событий, происшедших в 90-ых годах Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез глобальной опасностью человечества и для борьбы с ним предложила новую DOTS стратегию. Процесс внедрения и реализации данной стратегии в странах мира происходил разными темпами и эффективностью. С наибольшей трудностью протекал он в странах бывшего Советского Союза, где на протяжении 70 лет существовала определенная система борьбы с туберкулезом. Естественно, что в этих странах сначала работала гибридная модель, которая на фоне внедрения новых методов правления и реорганизации фтизиатрической

сети в скором времени приблизилась к потребностям международных стандартов. Это отразилось на эпидемиологическом профиле стран, хотя ситуация во многих местах, в том числе и в Грузии, всё ещё остается серьезной [Мдивани Н., 2005; Статистический справочник по здравоохранению. Тбилиси, 2003-2004]. Учитывая данные обстоятельства, ВОЗ и другие противотуберкулезные организации продолжают усовершенствование новой стратегии: разработали план расширения DOTS, стратегию DOTS +, схему элиминации туберкулеза. Ежедневно ведется работа по поиску новых способов борьбы с туберкулезом. В этом процессе волей - неволей приходится возвращаться к ранее существующим методам и подходам. Эволюция программ борьбы с туберкулезом (ТБ) указывает на значение усмотрения результатов ретроспективного анализа накопленного опыта и причин неудач при планировании политики на будущее [Shilova MV, Dye C. 2001; Nago A.S 1998].

Именно в этом аспекте проявляется роль истории борьбы с туберкулезом, функцией которой является выявление основных характеризующих сторон развития этого процесса и, проведение сравнительного анализа. Это, в свою очередь, дает возможность установить значение воздействия ряда факторов на исторический процесс и разработать методы их правления, усмотреть перспективу развития исторического процесса, принять во внимание географический, культурный, этнический, религиозный и другие факторы разных стран [Шенгелия М. 1981]. Из-за актуальности проблемы, изучению вопроса эффективности противотуберкулезных программ и сравнению разных методов и подходов системы контроля по туберкулезу, было посвящено немало исследований [Styblo K. 1985-1989; Toman, 2004]. Однако, отсутствуют труды, в которых произведен комплексный, медицинский и био - социальный анализ истории борьбы с туберкулезом какой-либо постсоветской страны. Естественно, что при современных потребностях в разработке эффективных методов, такие исследования имели бы большое научное значение для подтверждения превосходства DOTS над предыдущей системой и не меньшую практическую ценность для выделения и восстановления исторически апробированных успешных методов и мероприятий.

Борьба с туберкулезом в Грузии имеет многовековую историю, изучение которой позволяет выявить основные характерные черты этого процесса [Местиашвили Г., 1959; Шенгелия И., 2000; Батиашвили О., 2003]. В медицинском аспекте, внедрение исторически апробированных методов - процесс результативный, а с экономической точки зрения - эффективный. В Грузии, где в течении 70 лет работала "советская модель" борьбы с туберкулезом, а последние десять лет функционирует DOTS стратегия, накоплен определенный, немаловажный опыт. Предусмотрение этого опыта в процессе реализации задач глобального плана, может оказаться интересным и эффективным не только для Грузии, но и для других стран со схожими условиями.

Цель и задачи исследования:

Сравнительный анализ основных этапов истории борьбы с туберкулезом в Грузии, выделение успешных противотуберкулезных методов и мероприятий, и определение возможности и эффективности внедрения их в систему современного контроля по туберкулезу.

Для достижения цели нужно было решить следующие конкретные задачи:

1. Разработка нового варианта периодизации истории борьбы с туберкулезом в Грузии.
2. Дифференциация отдельных периодов, выделение сравнительного критерия с целью проведения сравнительного анализа отдельных периодов и их краткий очерк.
3. Сравнительный анализ советской и современной стратегий борьбы с туберкулезом.

Научная новизна работы

- Впервые разработан научно-обоснованный вариант периодизации истории борьбы с туберкулезом в Грузии;
- В соответствии с международными стандартами и глобальным планом борьбы с туберкулезом, определены сильные и слабые стороны современной и ранее существующих противотуберкулезных систем;
- Установлена связь распространения туберкулеза в Грузии с разными факторами и соответственно, определены ряд мероприятий по усовершенствованию системы контроля по туберкулезу;
- определена целесообразность выявления лиц с симптомами и с повышенным риском развития туберкулеза и разработан быстрый, недорогой метод установления случая заболевания и групп риска среди населения (скрининг с помощью тест-вопросника).
- установлена частота болезненности контактов и определены способы превенции этого факта;
- определена роль международных организаций-доноров и партнеров в борьбе с туберкулезом в Грузии и их возможности на будущее.

Теоретическая и практическая ценность работы

Информация, полученная в результате проведенных исследований, может быть использована:

- материалом для истории медицины Грузии, в целом и, истории борьбы с туберкулезом в мире, в частности, а также для усовершенствования и расширения мероприятий, намеченных программами DOTS и Stop TB .
- для приобщения разных групп населения, организаций, представителей бизнеса и частных лиц в дело борьбы с туберкулезом с целью **институционального установления и развития общественной формы борьбы с туберкулезом**, что и предусматривает современный план Stop TB и ACSM.
- для последующего развития и усовершенствования форм отношений с международными организациями-донорами и партнерами в борьбе с туберкулезом в Грузии.

Основные положения, представленные на защиту:

1. Разработанная нами система периодизации необходима для дальнейшего изучения и развития истории борьбы с туберкулезом в Грузии и проведения сравнительного анализа отдельных периодов.
2. Предусмотрение причин успехов и неудач в деле контроля туберкулеза в прошлом и выделение эффективных методов и мероприятий с целью внедрения их модернизированной формой в систему современного контроля по туберкулезу является целесообразным для расширения в стране противотуберкулезной программы.
3. Распространение туберкулеза в обществе зависит от социально-политической обстановки в стране, уровня системы контроля туберкулеза, информированности общества и активности общей медицинской сети, а также от спектра риск-факторов. Соответственно, улучшение социальных условий, обучение общества и сотрудников общей медицинской сети и усовершенствование системы контроля туберкулеза значительно улучшит эпидемиологическую обстановку.
4. Разработанный нами тест-вопросник является недорогим и массовым методом своевременного выявления случаев ТБ и установления групп риска туберкулеза среди населения. На основе итогов опроса по специальной компьютерной программе заполняется индивидуальная карта риска и создается база данных для определения мер превенции развития туберкулеза.

5. В Грузии остается высоким уровень заболеваемости контактов и прекращения лечения, что указывает на необходимость усиления работы в этом направлении.
6. Улучшение борьбы с туберкулезом в Грузии за последние годы тесно связано с деятельностью международных организаций-доноров и партнеров в борьбе с туберкулезом.

Практическое внедрение полученных результатов

1. Создан архив и музей -выставка истории борьбы с туберкулезом в Грузии (24. 04. 2003 и 24.04. 2006).
2. В периоде 2001-2003 г.г. на базе кафедры истории медицины ТГМИ действовала разработанная нами противотуберкулезная программа STEP (Social TB Educational Program), в рамках которой были проведены несколько мероприятий, в том числе-восстановление дня "белого цветка". На основе этой программы и итогов работы международных экспертов с 2005 года при поддержке Глобального фонда начата широкомасштабная информационная кампания.
3. Итоги нашего исследования по вопросу о роли общей медицинской сети в своевременном выявлении ТБ были предусмотрены в проекте об интеграции первичного здравоохранения в систему контроля туберкулеза.
4. Созданы инициативные группы представителей общественности, которые участвуют в разработке проекта по созданию института добровольцев.

Апробация работы :

Основные положения работы были представлены на конференциях:

"Медицина и христианство"(Тбилиси, 1999);

"1000 лет " Усцоро карабадини""(Тбилиси, 2000);

На заседании ТГМИ "Всемирный день туберкулеза и день белого цветка в Грузии"(Тбилиси, 2003);

"Глобальный план борьбы с туберкулезом и национальная программа Грузии"(Тбилиси, 2006) ;

Апробация состоялась 28.04. 2006 г. на заседании кафедр фтизиатрии и пульмонологии и истории медицины и биомедицинской этики ТГМИ и национального центра туберкулеза и легочных заболеваний (протокол № 110(224)).

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 3 научные работы.

Структура и объем диссертации:

Диссертационная работа изложена на 150 страницах, состоит из введения, обзора литературы, итогов собственных исследований и их обсуждения , выводов и практических рекомендаций , иллюстрирована 48 таблицами 23 картинами, приложением. Список литературы содержит 187 наименований.

Содержание работы

Материалы и методы

Материалы и методы были ориентированы на три основные направления:

1. Разработка нового варианта периодизации истории борьбы с туберкулезом в Грузии.
2. Дифференциация отдельных периодов, выделение сравнительного критерия с целью проведения сравнительного анализа отдельных периодов и их краткий очерк.
3. Сравнительный анализ Советской и современной стратегий борьбы с туберкулезом.

Литературные, статистические, архивные, законодательные материалы, медицинская документация, научные исследования были обработаны методами стандартизации, исторического и статистического анализа (Epi- info, version 6, показатели -X, Mo, Me, RR, OR, P value).

Обзор полученных данных

1. Разработка нового варианта периодизации

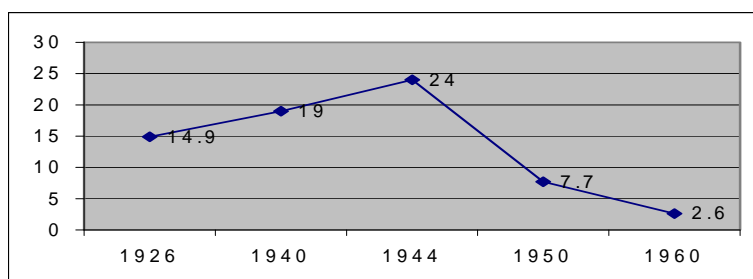
Нами было установлено распространенность туберкулеза в течение отдельных исторических периодов и воздействие различных факторов на этот процесс. Были определены критерии периодизации и сравнения отдельных периодов.

Наши исследования показали, что в истории борьбы с ТБ отмечается одна закономерность: распространение ТБ связано с различными факторами, изменение которых вызывает рост или уменьшение волны ТБ. Например, при кризисах социального, политического, стихийного характера среди населения отмечается рост случаев этого заболевания, за которым следует усиление борьбы с туберкулезом, создание новых форм или систем контроля и, соответственно, уменьшение распространения ТБ, что продолжается до нового кризиса в жизни общества. Этот факт подтверждается многими эпидемиологическими данными, обсуждение которых на фоне исторической обстановки дает возможность установить корреляционную связь между распространением ТБ и социально-политическим положением страны.

Так, например, до I империалистической войны в Пруссии (Берлин), смертность от ТБ на 10000 жителей было 15,5, а во время войны-23,0. В Англии до войны -10,5, во время войны -11,5.

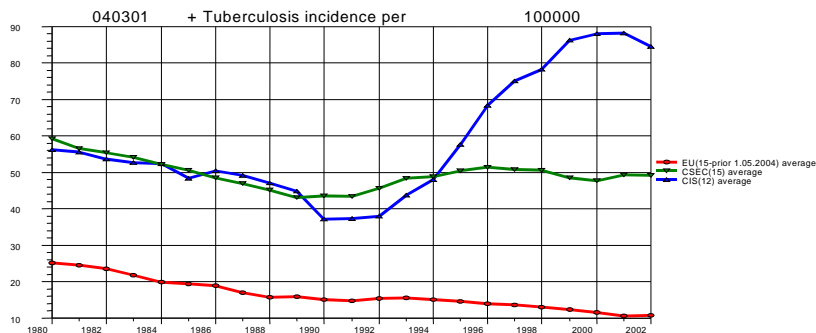
Смертность от ТБ в Грузии до Великой Отчественной Войны, во время и после нее показана на рис. 1.

Рисунок 1 Смертность от ТБ в Грузии на 10000 жителей (1926-1960 гг.)



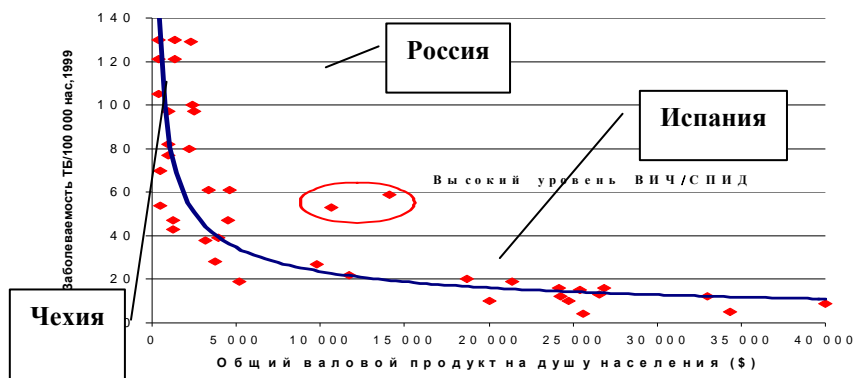
Эпидемиологический профиль ТБ стран Евросоюза (EU), центральной и южной Европы (CSEC) и СНГ (CIS) во время кризиса 90-ых годов прошлого века (4) ярко отражает его связь с социально-политическим положением этих стран. (Рис.2).

Рисунок 2. Болезненность ТБ на 100000 жителей стран Европы и СНГ (1980-2002 гг.)



Оказалось информативным изучение распространения ТБ среди богатых и бедных социальных слоев. (Рис.3). Так, например: в 1911-1913 годах в Париже на 100000 жителей показатели смертности от ТБ в нищих кварталах равнялись 638, а в богатых-108. В Лондоне, соответственно, - 247 и 81; в Берлине-275 и 101. В 1930 году в Нью-Йорке-237 и 34; в Чикаго-368 и 15,9(9). Связь нищеты с заболеваемостью ТБ в современном мире отражена на рис.3.

Рисунок.3 Европа и нищета (1999)



Из вышесказанного логически вытекает, что общественные изменения с ТБ, как с социальной болезнью, можно представить следующим образом:

«Ступенчатая модель»

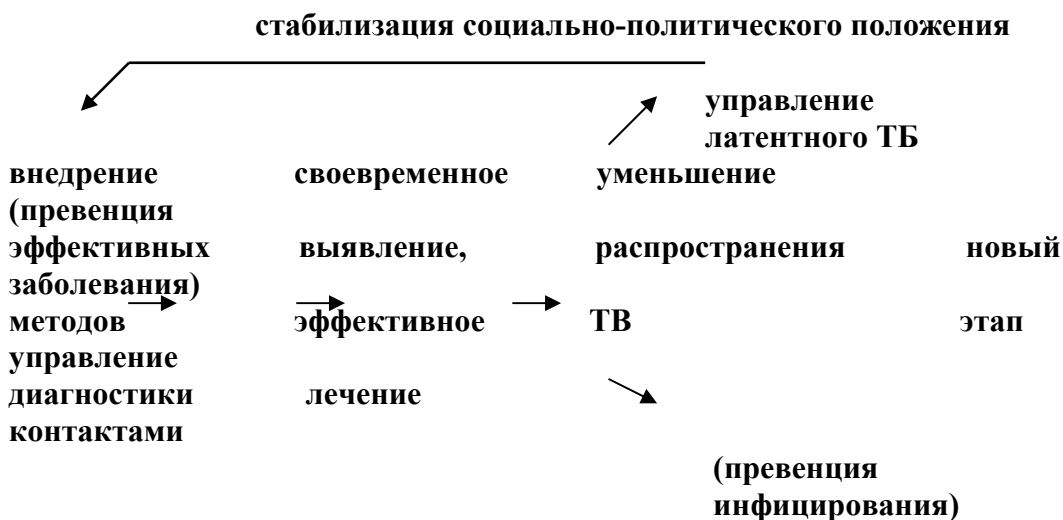


обострение
внимания к тб

рост распро
странения тб

ухудшение
соц-полит.
положения

Итак, «**Ступенчатая модель**» подразумевает в том числе положительный прогноз: стабилизация социально-политического положения=применение более эффективных и дорогостоящих методов диагностики и лечения=уменьшение распространения ТБ =новый этап, при котором на передний план выходит **превентивное направление**. Этот процесс выражен на следующей схеме:



II. "Ступенчатая модель" дает возможность обосновать периодизацию по критериям *распространения ТБ и стратегии борьбы с ним*. Изучение истории борьбы с ТБ позволяет выделить следующие ее формы: **индивидуальную, общественную** (которая, в свою очередь, делится на квалифицированную и неквалифицированную), **государственную** и **смешанную** (когда кроме государства в борьбу с ТБ включены другие организации, общества, программы или движения). Использование "Ступенчатой модели" позволяет выделить следующие периоды истории борьбы с ТБ в Грузии:

- ❖ **Неизвестный период, предположительно-индивидуальная форма**(данных нет) -с древних времен до X века
- ❖ **Период рукописей, преимущественно индивидуальная форма** (упомянут в рукописях)-с X века до 60-ых годов XIX века
- ❖ **Общественный Период** (деятельность Кавказского медицинского общества и Кавказского общества борьбы с туберкулезом) -с 60-ых годов XIX века до 1918 года.
- ❖ **Смешанный, общественно-государственный период** (период независимой Грузии)-1918-21 гг

❖ **Государственный период (Советский)**- 1921-91 гг (с подпериодами: довоенный,(1921-41) военный (1941-45) , послевоенный (1945-60) , подпериод стабилизации (1960-89), подпериод дестабилизации (1989-1991)).

- **Переходный период (постсоветский, предпрограмный)**-с 1991-по1995 гг
- **Смешанный, государственно-общественный, программный период (стратегия DOTS)**-с 1995 года по настоящее время.

Для сравнения отдельных периодов, выделенных на основе нашего варианта периодизации, являлось необходимым установление критериев сравнения: с этой целью были выбраны основные сферы системы контроля ТБ: 1) Распространение ТБ (один или несколько эпидемиологических показателей); 2) форма борьбы с ТБ, 3) основная схема выявления ТБ 4) основная модель диагностики ТБ; 5) основная схема лечения ТБ; 6) профилактика ТБ; 7) система отчета и регистрации ТБ.

На основании этих критериев, проведен сравнительный анализ отдельных этапов борьбы с ТБ в Грузии, который представлен в Таблице 1.

Итак, разработанный нами вариант периодизации позволяет выявить:

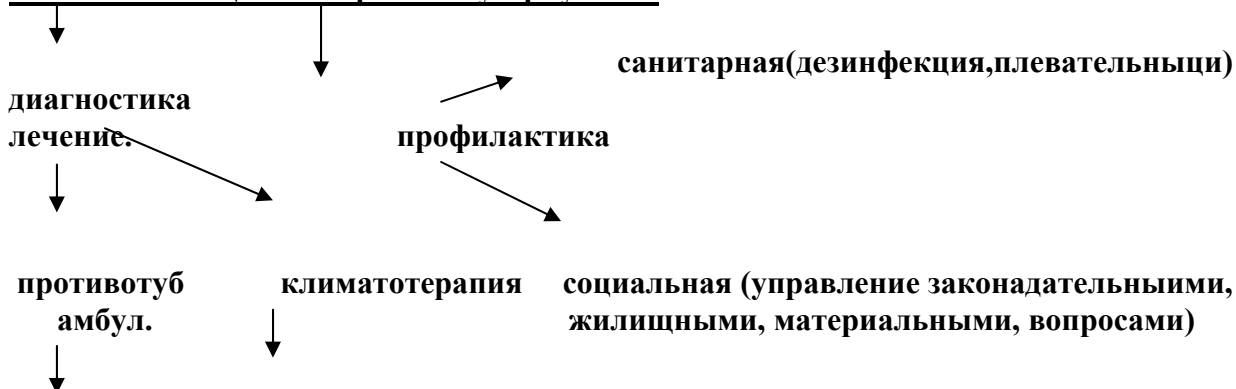
- комплексную картину развития борьбы с туберкулезом в Грузии и основные тенденции этого процесса;
- формы борьбы с туберкулезом на отдельных этапах и их эффективность;
- сравнительный анализ полученных данных позволяет ретроспективно определить эффективные методы и мероприятия в прошлом и учитывать их в реализации современной системы контроля туберкулеза.

II. Краткий очерк и анализ отдельных периодов

1. Изучение неизвестного и рукописного периодов (индивидуальная форма) показало, что первые следы туберкулеза в Грузии встречаются в VI-VII веках , впервые туберкулез описан в памятнике X века "Усцоро карабадини" Кананели под названием "сили"(Syl), а после, в других медицинских рукописях- как "легочная язва". Основная форма борьбы с туберкулезом в данных периодах была индивидуальной, выявление и диагностика - по клиническим симптомам, основной метод лечения- гигиеническо-диетический, а профилактика - на основе изоляции и дезинфекции (метод палатки и огня- Е.С). Основательной системы отчета не существовало, но нельзя исключить, что отдельные лица, в основном народные целители, производили записи и сообщения, предназначенные для коллег и государственных органов, особенно, в периоды "вспышек".

2. **Общественный период** связан с деятельностью Кавказского медицинского общества(кмо) и Кавказского общества борьбы с туберкулезом(кобт) в Грузии. На основе изучения деятельности этих обществ, мы выделили цели, задачи и основные направления: лечебное, диагностическое и превентивное, что изображено на следующей схеме.

кавказское общество борьбы с туберкулезом



врач амб-ии
попечительство
лаборатория
стационар

частные
дома,
санатории

Таблица 1. Итоги сравнительного анализа отдельных периодов истории борьбы с

Период	Распростр	Форма	Основная	Основная	Основная	Профила	Эпиднадз
др.вр- X	данных	индивиду					
X-XIX	данных	индивиду	пассивно	Клиничес	гигиенно-	изоляция	не
1860-1928 гг	данные неточны	обществе нная +	пассивно е+	Клиничес кая	гигиенно диетичес	изоляция +санитар	не существо
1918-1921	данные	смешанна	" "	" "	" "	" "	В
1921-1991 гг (Советск ий)		государст венная	активное	рентгено логическ оеи бактерио	этиотроп ное, симптома тично-	Санитарн ая, Специфи ческая, система	строгая "диспанс ерная" система
1991-1995 гг.	0,54-0,6	коллапс неполноц	пассивно е	" "	этиотроп ное,	специфич еская	безсисте мный
1995-2005гг. (Соврем	4,1	смешан ная, государс	пассивн ое+	бактери ологиче ское	этиотро пное (стандар	контрол ь инфекци	строгая стандарт ная

На основе изучения протоколов кмо и кобт было установлено, что в статистике туберкулеза подразумеваются только случаи, обозначенные терминами "чахотка" и "бугорчатка". Обсуждение же нами вопроса показало, что нельзя исключить туберкулез и в случаях, обозначенных другими терминами(напр. пневмония, поражение легочной паренхимы и др.) Итоги рассмотрения 50 протоколов заседаний общества приведены в таблице:

Таб. №2 Итоги рассмотрения протоколов кобт

диагностир ованны,	всего	ТБ установлено:	ТБ не установлено
-----------------------	-------	--------------------	----------------------

как:			:
ТБ случай	21	14 (66,6%)	7 (33,4%)
Нет ТБ случая	86	52 (60%)	34 (40%)

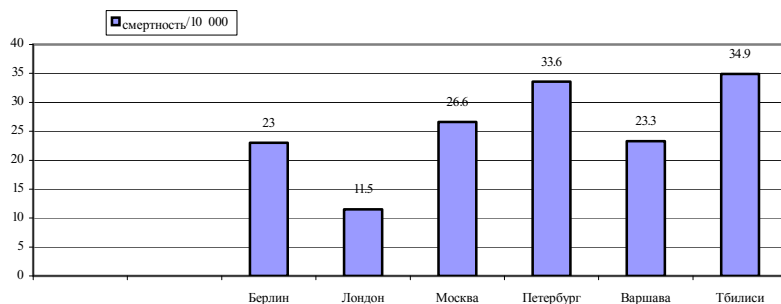
границы ошибок в обеих случаях =20-30%, $P < 0,01$.

Итак, исследование выявило, что: в третьем периоде форма борьбы с туберкулезом общественная, статистика туберкулеза неполноценна, основной метод выявления ТБ пассивный, но для активирования населения и общей медицинской сети, впервые проводятся соответственные информационно-просветительные мероприятия; диагностика ТБ основана на клинической картине и итогах лабораторного исследования: в Грузии развивается противотуберкулезная сеть; основные методы лечения: гигиеническо-диетический, симптоматическо-медикаментозный, климатический (начинается строительство санатория), впервые начинается изучение и управление социальных и законодательных вопросов, развивается социальная профилактика, санитарная профилактика основана на принципах гигиены, изоляции, дезинфекции, и защиты контактов; не существует какое-либо противотуберкулезное учреждение в виде комиссии или департамента на государственном уровне, хотя активность правительства периодически проявляется моральной, законодательной или материальной поддержкой.

Смешанный, общественно-государственный период (п. независимой Грузии) до сегодняшнего дня не был изучен, поэтому наше исследование было направлено на изучение эпидситуации в отмеченный период и роли государства в деле борьбы с ТБ.

Исследование выявило, что в четвертом периоде эпидситуация адекватна экономическо-политическому состоянию страны и мало отличима от соответственных данных Европейских стран. (рис. 4)

Рисунок 4. Смертность от Тб в городах Европы в 1917-19 гг..



Итоги исследования показали, что: в 1918-21 гг. на фоне тяжелого экономическо-политического состояния страны в Грузии, наряду с другими инфекционными заболеваниями, туберкулез широко распространен; правительство Грузии впервые в истории страны старается организовать и управлять здравоохранением, осуществляет финансовую и моральную поддержку проектов, связанных с медицинской реформой; база борьбы с ТБ не централизованна; выявление ТБ пассивное; диагностика основана на клинической картине и рутинных исследованиях; лечение - симптоматическо-патогенетическое и климатическое; на государственном уровне впервые осуществляются просветительные мероприятия, что должно считаться началом социальной превенции; на государственном уровне впервые разрабатываются основы научной статистики; в Грузии продолжает свободно существовать кмо и кобт, что указывает на смешанную форму борьбы с ТБ в указанном периоде: развивается государственная и продолжает действовать общественная. По принципу нашей "ступенчатой модели", период независимой Грузии(1918-21 гг.) можно выделить, как отдельный этап истории борьбы с ТБ в Грузии.

III. Сравнительный анализ "Советской" и современной противотуберкулезных стратегий

Эпидемиологические показатели

Судить об эффективности системы контроля ТБ невозможно без оценки динамики эпидемиологического положения. Динамика основных эпидемиологических показателей, по усмотрению соответственной терминологии, отражены на следующих кривых.

рисунок 5. Динамика эпидемиологических показателей при советской модели

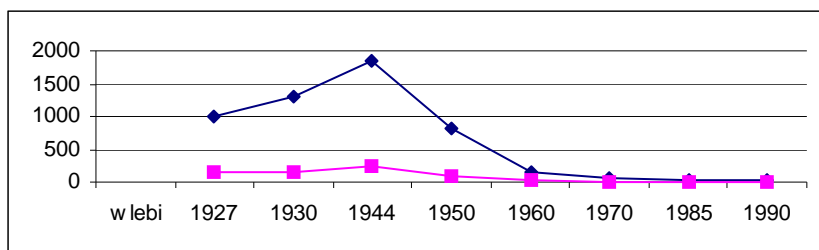
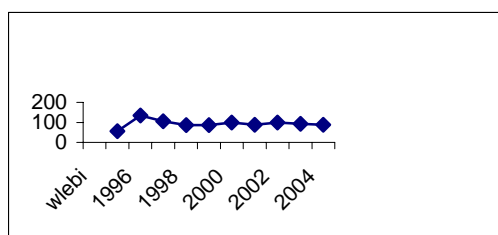


рисунок. 6 . Динамика эпидемиологических показателей при DOTS модели



Анализ данных показал, что по усмотрению сроков действия этих моделей, система контроля ТБ , в целом, удовлетворительна.

Выявление и диагностика ТБ

Изучение этого вопроса фактически означало сравнить активный и пассивный методы выявления ТБ. Анализ показал, что показатель выявления при активном методе массовых обследований населения равнялся 10-13 %, что не оправдывает затраты ни с точки зрения медицинского, ни экономического. Наши данные совпадают с международными подходами к вопросу и итогами исследований других авторов. Но, с другой стороны, анализ форм ТБ , выявленных обеими методами, выявил, что в 68% случаев при пассивном методе уже развиты значительные изменения в пораженном органе (деструкция, диссеминация, полость). Этот факт указывает на недостаточность пассивного метода в данных условиях системы здравоохранения и особенности действия пациента. Обязательно активирование населения, фтизиатрической службы и общей медицинской сети.

Что касается методов диагностики, однозначно выявилось, что признание бактериологического исследования специфическим методом диагностики ТБ, уменьшает случаи как гипердиагностики, так и гиподиагностики.

Таблица №3. случаи гипердиагностики и гиподиагностики при рентгенологическом и бактериоскопическом методах исследования

Общее число подозреваемых на Тб	ТБ устоновлен до поступ-ления в центр		диагноз тб устоновлен в центре	
	Ro исслед. (I гр)	Ro+бакте риоск(II гр).	в I групп е	в II группе
300	216	84	156(74 %)	72(83%)

Из полученных нами данных следует, что гипердиагностика при только Ro исследовании=26 %, а при использовании обеих методов диагностики-17%. Это значит, что назначение необоснованного лечения

при рентгенологически установленном диагнозе ТБ в 5 раз превышает соответственный

показатель при рентгенологически и бактериологически установленном диагнозе ТБ. Интересно, что наши данные, полученные на основе изучения небольшого материала совпадают с данными исследований, проведенных в других странах в гораздо широких масштабах.

Так как, начальной ступенью поступления пациентов в основном являются учреждения первичного здравоохранения (пз), нами были изучены случаи, направленные из тубучреждений и из общей медсети (омс) и исходя из итогов (низкий уровень выявления случая ТБ на уровне омс), была проведена информационно-просветительная работа по программе STEP, а после - по проекту интеграции пз в систему контроля ТБ, который продолжается в данный момент. Анализ первого этапа осуществления проекта показал, что уровень информированности населения и работников пз повисился в среднем на 21 % ($p < 0,01$) и совершенствовался метод диагностики.

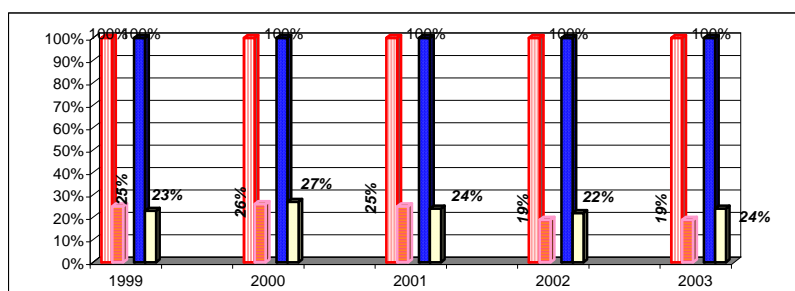
Такой показатель является подтверждением необходимости и эффективности проекта и оправдывает затраты.

Лечение туберкулеза

При советской модели существовали индивидуальные схемы и комплексная форма лечения, эффективность которых в значительной мере зависело от субъективного фактора.

Для оценки эффективности лечения при двух моделях, нами были сравнены исходы лечения. Итоги показали, что главная проблема в периоде DOTS высокий и почти неизменяемый показатель прекращенного лечения. Если предусмотреть, что прекращение лечения является в большинстве случаев причиной развития и распространения резистентного туберкулеза, то легко представить, каковы могут быть эпидемиологические последствия этого факта.

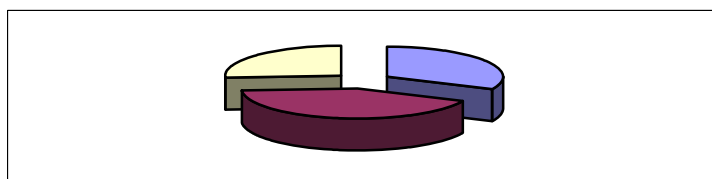
Рисунок 7. Доля прекращенного лечения к общему числу КУБ(+) и КУБ(-) лиц в динамике по годам (1999-2003 гг.)



Из-за остроты проблемы, мы посчитали необходимым углубленное изучение вопроса и для установления причин провели поэтапное анкетирование 150 пациентов, находившихся на повторном лечении, в том числе тех, кто ранее прекращал лечение (всего оказалось 50 случаев!).

Выявились следующие причины и их распределение: **Физический фактор**-13(26%), **Финансовый**-17(34%), **Психологический фактор**-20(40%). В 31 случае из 50 -ти было отмечено несколько причин, в основном: психологический + физический и/или финансовый, или физический+ финансовый. Связь прекращения лечения со сроками начала лечения представилась следующим образом: до 1 месяца-16(32%), до 2 месяцев-21(42%), до 3 месяцев-13(26%).

Рисунок 8. Связь прекращения лечения со сроками начала лечения



Анализ полученных результатов показал, что прекращение лечения в основном происходит после 1-1,5 месяца от начала лечения и в большинстве случаев причиной этого является психологический фактор. В последствии он усугубляется физическими и финансовыми проблемами. Мы изучили эффективность DOT точек и продовольственного проекта: если DOT показатель до визитов в точки был 28%, то после стал-89% (по данным msci). А показатель прекращения лечения после осуществления продовольственного проекта на примере Руставского тубдиспансера и GOPA, с 45% снизился до 15%.

На основе анализа нашего исследования, выяснилось, что для превенции случаев прекращения лечения необходимо исчерпать субъективные и объективные причины, вызывающие этот факт.

Выявились следующие средства превенции случаев прекращения лечения в современных условиях: специальная форма договора с КУБ (+) пациентом; служба психологической помощи; расширение системы DOT точек; решение разных проблем пациентов с помощью целевых проектов; закон о правах туберкулезных пациентов; активирование общества.

Превенция туберкулеза

В периоде нашего исследования превенция при DOTS модели по сравнению с другими направлениями рассматривается на втором плане. Итоги нашей работы показали, что управление здоровым населением и группами высокого риска развития ТБ необходимо для превенции ТБ.

Мы изучили спектр риск - факторов развития ТБ в стране и возможности выявления групп высокого риска.

I.1. При оценке изученных историй 300 пациентов и опросников были выделены те случаи, при которых развитию ТБ предшествовало существование маркированного риск-фактора (ов).

таблица №4. Частота разных риск-факторов в анамнезе больных туберкулезом

риск-фактор	абс. число	OR	интервал достоверности	P value
ТБ в прошлом	108	55,7	15,5-54,8	0,00
контакт	55	6,2	2,64--15,22	0,00
заболевание риска	74	1,72	1,06--2,0	0,02
неполющенное питание	160	24,25	11,5-52,7	0,00
неудовлетворительные жилищные и трудовые условия	112	10,24	5,16-20,0	0.00
вредные привычки (курение, употр. алкоголя, нарк.)	108	0,52	0,35--0,76	0,00039
генетическая предрасположенность	23	5,45	1,53-23,13	0,002346
возраст	49	0,89	0,54-1,47	0,63

итоги анализа полученных данных оказались в соответствии с литературными данными о значении отдельных факторов в развитии ТБ. Соответствия не оказалось только в случае возраста, но при статистической обработке данных этот факт не был достоверным (высокий **P value**), при этом, в Грузии ТБ чаще встречается в продуктивном периоде, а не в рисковом возрасте (до 12 и после 60), что было избрано нами фактором исследования.

На основе усмотрения полученного спектра, мы присвоили риск-факторам "**показатели и коэффициенты значения**" и соответственно, по итогом их умножения, - **баллы**. Мы получили **бальную систему оценки значения риск-факторов**, которая изображена в виде таблицы.

таблица №5. Бальная система оценки существующих риск-факторов

#	риск-фактор	показатель значения	коэффициент значения	сумма баллов
1	ТБ в прошлом	10	5	50
2	контакт	9	20	180

3	заболевание риска	8	5	40
4	неполющенное питание	7	6	42
5	неудовлетворительные жилищные и трудовые условия	6	5	30
6	вредные привычки (курение, употр. алкоголя, нарк.)	6	6	36
7	генетическая предрасположенность	3	3	9
8	возраст	2	2	4

По возможным комбинациям разных факторов выделилось 5 риск-групп, к каждой из которых определили формы и частоту превентивных мер.

I. 2.1. Вторая часть исследования предусматривала выделение риск-групп среди населения по методу бальной системы. С этой целью было выбрано 2 разные категории населения: 1. беженцы из Абхазии, живущие компактно в общежитии технического университета -464 лиц, и 2. представители рабочей интеллигенции. По специальной тест-анкете определялось наличие риск-фактора(ов) и по бальной системе --риск-группа.

Итоги установления риск-групп в обеих категориях отражены в таблице.

Таблица №6. Итоги выявления риск-групп в разных категориях населения .

группа	I категория(464) % абс.число	II категория (200) % абс.число
I	133 28,6	6 3
II	35 7,5	11 5,5
III	77 16,6	63 31,5
IV	129 27,8	88 44
V	90 19,4	32 16

Итак, в различных категориях населения по разному распределились группы риска. Этот факт иной раз подтверждает необходимость активирования выявления и превенции ТБ в определенных категориях населения.

2.3 В нашем исследовании было важным установить подозрительные на ТБ случаи среди опрашиваемых. Интересно, что в первой категории (464лиц) оказалось 29 случаев с подозрительными на ТБ симптомами, у 3-х из них впоследствии был подтвержден диагноз ТБ. Во второй категории (200) сомнительные симптомы отметились у 11-ти, обследования провели-8 из них, ТБ не установлено.

II этап. Через 3 года в первой категории (464лиц) был проведен опрос и обследование выделенных лиц. Развитие ТБ имело место в 3(0,65%, 655\100 000) случаях, из I и II

группы риска. При условии проведения превентивных мероприятий в этих группах возможно предположить избежание этих случаев.

Для массового обследования населения описанным методом, необходимо создание компьютерной программы, для обработки тест-анкеты и создания информативной базы индивидуальных карт. Мы предложили следующий пример "карточки риска":

фамилие.-----	имя-----
адрес-----	телефон-----

риск-фактор	есть	не т
ТВ в прошлом контакт		
заболевание риска		
непольноценное питание		
неудовлетворительные жилищные и труд-овые условия		
вредные привычки (курение, употр. алк-оголя, нарк.)		
генетическая предрасположенность		
возраст		

подозрительные на ТБ симптомы	есть	не т
прод.кашель		
температура		
потливость		
быстрая утомляемость		

итоги : группа риска ----- случай подозрения на туберкулез -----

Итак, исследование показало, что развитие ТБ намного чаще в группах риска; значение отдельных факторов риска в развитии ТБ неодинакова и обременяется при сопутствии другого фактора; методом бальной системы возможно установление случая ТБ и групп риска среди населения и проведение превентивных мероприятий ; считать превентивное направление приоритетным необходимо паралельно процессу усовершенствования других компонентов системы контроля ТБ.

Выводы :

- Существующая периодизация истории борьбы с ТБ в Грузии не отражает процесс адекватно. Комплексное изучение вопроса необходимо с точки научно-теоретического, исторического и практического, медико-менеджерного зрения. Предложенная нами новая схема периодизации истории борьбы с ТБ позволяет представить комплексную картину этого процесса и провести сравнительный анализ отдельных этапов;
- Исторически в Грузии существуют: индивидуальная, общественная, государственная и смешанная формы борьбы с ТБ.
- Рассмотрение возможности внедрения исторически апробированных эффективных методов и мероприятий способствует усовершенствованию DOTS стратегии в стране;
- Распространение ТБ в Грузии связано с социально-политической обстановкой в стране, уровнем системы контроля туберкулеза, информированностью общества и активностью общей медицинской сети, спектром риск-факторов .
- Недорогим, быстрым и массовым методом выявления и превенции ТБ является разработанный и предложенный нами метод скрининга населения с помощью специального тест-опросника;
- В Грузии остается высоким уровень заболеваемости контактов и прекращения лечения, что указывает на необходимость усиления работы в этом направлении.
- Улучшение борьбы с ТБ в Грузии за последние годы тесно связано с деятельностью международных организаций-доноров и партнеров в борьбе с туберкулезом.

Рекомендации

- Новая периодизация может быть использована для изучения вопроса борьбы с ТБ в Грузии в прошлом и прогнозирования развития событий в будущем ;
- Для улучшения выявления ТБ необходимо: расширить информационно-просветительную кампанию и материальное и моральное мотивирование пациентов и медработников; внедрить специфический метод диагностики ТБ во всех медучреждениях, в том числе и платных;
- Для превенции прекращения лечения рекомендуется усиление соответствующих элементов системы контроля, расширение поощрительных мероприятий и осуществление вспомогательных проектов;
- Для выявления случая ТБ и групп риска среди населения желательно внедрить метод массового скрининга с использованием тест-анкеты;
- С целью превенции заболеваемости контактов целесообразно расширить участие организаций-доноров и представителей бизнеса в осуществлении соответствующих проектов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. ტუბერკულოზთან ბრძოლა 1918-1921 წლების საქართველოში. საქართველოს სამედიცინო მოამბე №2, 2006 წ. გვ.142-147. ე.სანიკიძე, რ.შენგელია.
2. ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების დადგენა მოსახლეობაში ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე პირობებში. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა №6, 2006 წ. გვ64-68. ე.სანიკიძე, ლ.ვაშაკიძე, ნ.ღურჭკაია.
3. Периодизация истории борьбы с туберкулезом в Грузии. Georgian Medical News №7, 2006. ст. 116-121. Саникидзе Е. А., Вашакидзе Л. М.

