



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (83) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

9 (83)

2025

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.24-002.5:614.2:316.42:502/504(575.1-25)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ЗОНЕ ПРИАРАЛЬЕ

Зайиров Мухиддин Хайитмурадович e-mail: zayirov.1985@mail.ru

Назирова Примкул Хужамович E-mail: NazarovP@mail.ru

Усмонов Исомиддин Хойдирович E-mail: UsmanovI@mail.ru

Сейтбаев Ёклас Шарапатович <https://orcid.org/0009-0001-1582>

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии имени академика Ш.А.Алимова (Узбекистан, Ташкент)

✓ Резюме

Социальные и санитарно-гигиенические исследования проводились в 248 семьях больных туберкулезом. Среди обследованных 145 (58,5%) бациллярных больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза (1-группа) и 103 (41,5%) бациллярных больных с лекарственно-чувствительными формами туберкулеза (2-группа).

Больные были в возрасте с 18 до 84 лет. Большинство больных были в возрасте - 19-59 лет – и составили 73,4%, 26,6% больные были старше 60 лет. Средний возраст составлял 46,1±1,6% лет.

По клиническим формам туберкулеза в 1 группа в 103 (71,0%) случаев установлено инфильтративный туберкулез, в 11 (7,5%) диссеминированный туберкулез легких, кавернозный туберкулез в 13 (9,0%), фиброзно-кавернозный туберкулез в 10 (6,8%), очаговые формы туберкулеза в 3 (9,3%) случаев и экссудативный плеврит в 3 (2,0%) случаев, и туберкулема 1(0,6%).

Во 2 группе также в 59 (57,2%) случаев установлено инфильтративный туберкулез, в 13 (12,6%) диссеминированный туберкулез легких, кавернозный туберкулез в 6 (5,8%), фиброзно-кавернозный туберкулез в 19 (18,4%), очаговые формы туберкулеза в 2 (1,9%) случаев, в экссудативный плеврит у 1(0,9%) и туберкулема в 1(0,9%) больного.

Следовательно, заболеваемость туберкулезом среди контактных лиц зависит от ряда факторов: клиническая форма процесса и характер бактериовыделения у источника инфекции, продолжительность и качество лечения, степень контакта с больным и его продолжительность, особенности возбудителя туберкулеза, особенно в очаге наличие лекарственной устойчивости к антибактериальным препаратам. В связи с этим огромное клинико-эпидемиологическое значение имеет своевременное выявление инфицированных лиц и больных туберкулезом в очагах туберкулезной инфекции, особенно в очагах с ЛУ формами туберкулеза.

Ключевые слова: очаги туберкулеза, классификация очагов туберкулеза, особенности распространения туберкулеза в Приаралье.

OROLBO‘YI HUDUDLARIDA TUBERKULYOZ O‘CHOQLARINING TAVSIFI VA XUSUSIYATLARI

Zayirov Mukhiddin Khaitmuradovich e-mail: zayirov.1985@mail.ru

Nazirov Primkul Khuzhamovich E-mail: NazarovP@mail.ru

Usmonov Isomiddin Khoidirovich E-mail: UsmanovI@mail.ru

Seytbaev Yklas Sharapatovich <https://orcid.org/0009-0001-1582>

e-mail: zayirov.1985@mail.ru

Akademik Alimov Sh.A. nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy markazi (O‘zbekiston, Toshkent)

✓ **Rezyume**

Sil kasaliga chalingan 248 oilada ijtimoiy va sanitariya-gigiyena tadqiqotlari o'tkazildi. Tekshiruvdan o'tganlar orasida silning doriga sezgir shakllari bo'lgan 103 (41,5%) bakteriyasi (1-guruh) va 145 (58,5%) silning doriga chidamli shakllari (2-guruh) bilan kasallangan.

Bemorlarning yoshi 18 yoshdan 84 yoshgacha. Bemorlarning 73,4 foizini mehnatga layoqatli yoshdagilar – 19-59 yoshdagilar, 26,6 foizini esa 60 yoshdan oshganlar tashkil etgan. O'rtacha yoshi $46,1 \pm 1,6\%$ yil.

Klinik shakllariga ko'ra infiltrativ o'pka sili (TB) 103 tada (41,5%), fibroz-kavernoz o'pka sili 29 tada (11,7%), tarqalgan o'pka sili 24 tada (9,7%) va kavernöz sil kasalligida 13 tada ustunlik qiladi. (5,2%), kamdan-kam hollarda o'pka o'choqli sil kasalligi va sil plevriti kuzatilgan - har birida 3 (1,2%). tuberkulyoma va sirozli o'pka sili - har birida 1 (0,4%) holatlar.

Binobarin, kontaktida bo'lganlar orasida sil kasalligining epidemiologik ko'rsatkichlari darajasi bir qator omillarga bog'liq bo'lib, ular infeksiya manbasida tayoqchalarning chiqarilishining klinik shakli va tabiati, davolashning davomiyligi va sifati, aloqa darajasi va uning davomiyligi, sil qo'zg'atuvchisining xususiyatlari, ayniqsa antibakterial preparatlarga dori qarshiligining mavjudligi. Shu munosabat bilan silning dori vositalariga chidamli shakllari bilan kasallangan shaxslarni o'z vaqtida aniqlash katta klinik va epidemiologik ahamiyatga ega.

Kalit so'zlar: sil kasalligi o'choqlari, sil kasalligi o'choqlarining tasnifi, Orolbo'yida sil kasalligining tarqalish xususiyatlari.

FEATURES OF TUBERCULOSIS FOCI AND CHARACTERISTICS IN THE ARAL SEA REGION

Zayirov Mukhiddin Khaitmuradovich e-mail: zayirov.1985@mail.ru

Nazirov Primkul Khuzhamovich E-mail: NazarovP@mail.ru

Usmonov Isomiddin Khoidirovich E-mail: UsmanovI@mail.ru

Seitbaev Yklas Sharapatovich <https://orcid.org/0009-0001-1582>

e-mail: zayirov.1985@mail.ru

Republican Specialized Scientific and Practical Center of Phthisiology and Pulmonology
named after Academician Alimov Sh.A. (Uzbekistan, Tashkent)

✓ **Resume**

Social and sanitary-hygienic studies were conducted in 248 families of tuberculosis patients. Among the examined 103 (41.5%) bacillary patients with drug-sensitive forms of tuberculosis (Group 1) and 145 (58.5%) bacillary patients with drug-resistant forms of tuberculosis (Group 2).

Patients were aged from 18 to 84 years. Most patients were of working age - 19-59 years - in 73.4% of patients, and 26.6% of patients were over 60 years old. The average age was $46.1 \pm 1.6\%$ years.

In terms of clinical forms, infiltrative pulmonary tuberculosis (TB) is predominant - 103 (41.5%), fibrous-cavernous pulmonary TB - 29 (11.7%), disseminated pulmonary TB - 24 (9.7%) and cavernous pulmonary TB - 13 (5.2%), and in rare cases focal pulmonary TB and pleurisy TB were observed - 3 (1.2%) each, tuberculoma and cirrhotic pulmonary TB - 1 (0.4%) each.

Therefore, the level of epidemiological indicators of tuberculosis among contacts depends on a number of factors, including the clinical form and the nature of bacilli excretion at the source of infection, the duration and quality of treatment, the degree of contact and its duration, the characteristics of the causative agent of tuberculosis, especially the presence of drug resistance to antibacterial drugs. In this regard, timely detection of infected individuals with DR forms of tuberculosis is of great clinical and epidemiological importance.

Keywords: tuberculosis foci, classification of tuberculosis foci, features of the spread of tuberculosis in the Aral Sea region.

Актуальность

Туберкулезная инфекция как социальное заболевание имела определенные черты, отражающие общие социальные проблемы в медицине о чем свидетельствует выраженная корреляция показателей заболеваемости по туберкулезу и некоторых социально-экономических параметров [1]

Эпидемическая опасность очага туберкулезной инфекции, а значит и контакта, определяется не только наличием или отсутствием выделения МБТ у источника инфекции, но и эффективностью его лечения, а также продолжительностью контакта. Поэтому самым опасным следует считать тесные длительные контакты с источником инфекции, а также очаги, где регистрировались случаи смерти от туберкулеза [4, 7]. В современных очагах туберкулезной инфекции отягощающим фактором является наличие у бактериовыделителя лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам, что приводит к инфицированию контактных устойчивыми штаммами МБТ [7, 8].

Наиболее часто источником инфицирования детей и подростков являются взрослые: отцы, дедушки, матери, и имеют большее значение в распространении инфекции, среди контактных. В структуре контингентов, состоящих на диспансерном учете, отмечается увеличение доли лиц, прибывших из мест лишения свободы (8,8—11%), без определенных занятий и места жительства, мигрантов, представляющих непосредственную угрозу для детей из их ближайшего окружения [3, 5, 6].

Цель исследования: эпидемиологическая характеристика очагов туберкулезной инфекции в зоне Приаралье.

Материал и методы исследования

Социальные и санитарно-гигиенические исследования проводились в 248 семьях больных туберкулезом. Среди обследованных 145 (58,5%) бациллярных больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза (1-группа) и 103 (41,5%) бациллярных больных с лекарственно-чувствительными формами туберкулеза (2-группа).

Для изучения материально-бытовых, санитарно-гигиенических и социальных условий в очагах туберкулеза была использована специальная карта эпидемиологического обследования и наблюдения за туберкулезным очагом, разработанная нами с учетом особенностей очагов в зоне Приаралье.

При обследовании очагов отмечалось, что среди больных 1- группы отсутствует лиц с высшим образованием. Основную массу заболевших составили больные со средне-специальным образованием 47(32,4%) семье и образованием 11 классов были 98(67,6%) больных. Эти показатели среди больных 2-группы были значительно благополучные – 17(16,5%) семья высшим, 41 (39,8%) специальным средним образованием и всего лиц 45(43,7%) с образованием 11 классов.

Для выяснения социально-гигиенических факторов, могущих оказать влияние на распространение туберкулезной инфекции, нами была разработана специальная карта. Она включает комплекс вопросов, имеющих отношение непосредственно к больному в очагах туберкулеза, а также характеризующих уровень жизни и быта населенного пункта в целом. В очаге туберкулеза 145 больных МЛУ туберкулезом – 1-группа и 103 больных ЛЧ туберкулезом – 2-группа, и изучались характер жилищных строений, условия жизни больного, характер питания, бюджет семьи, уровень образования, наличия санитарных знаний, соблюдение дезинфекционного режима, санитарно-гигиеническое состояние жилищ, условия работы и прочее. Карта заполнялась на каждого вновь выявленного больного ЛУ и ЛЧ туберкулезом при посещении очага со слов заболевшего или его ближайших родственников.

В результате исследования 145 бациллярных больных с ЛУ туберкулезом показали, что резистентная форма туберкулеза достоверно чаще встречается среди мужчин 94(65%), чем среди женщин 51(35,1%).



Рис. 1. Распределение больных по полу.

Больные были в возрасте с 18 до 84 лет. Большинство больных были работоспособного возраста - 19-59 лет – у 73,4% больных, а 26,6% больные были старше 60 лет. Средний возраст составлял $46,1 \pm 1,6\%$, чаще источником заболевания в семье является лицо трудоспособного возраста. 1,25 раза больше болезнь встречался у мужчин.

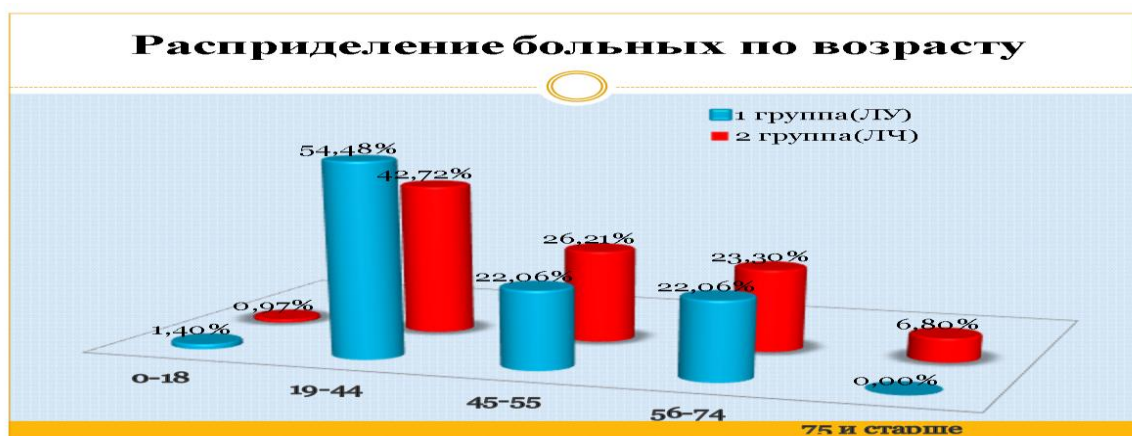


Рис. 2. Распределение по возрастным категориям.

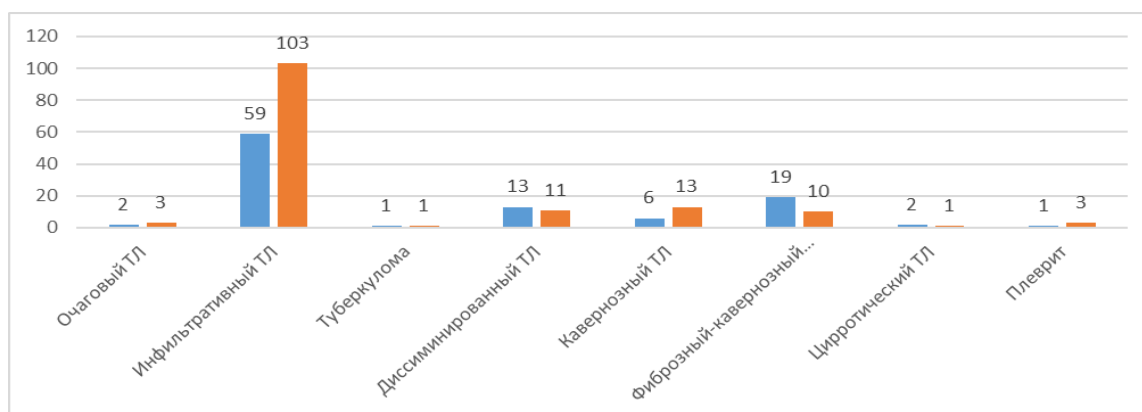


Рис. 3. Клинические формы туберкулёза легких.

Данный рисунок показал, как в I группе так и во II группе, среди обследованных преобладали инфильтративный легких и составили соответственно 71,0 и 57,0%. Доле фиброзно-кавернозный, диссеминированный туберкулез легких.

В обследованных семьях количество контактных было 663. Из них: дети – 215, подростки – 114, взрослые – 334; семейный туберкулез – 21, из контакта – 6 больных. Более половины, обследованные были безработные – 76, рабочие – 6, учителя – 2, студенты – 31, с высшим образованием – 9, пенсионеры – 28, инвалиды – 8, мигранты – 16, из зоны – 1, повар – 2.

Изучение очага туберкулеза как в I-группе (больных ЛУ туберкулезом), так и во II-группе (ЛЧ туберкулезом) включало выявление и приоритизация контактных лиц, а также их клиническую оценку. Определили коллективы и группы людей, с которыми больной туберкулезом общался до госпитализации постоянно, периодически, временно или спорадически.

В первую очередь выявили лица, которые находились в тесном бытовом (внутри семьи) и не бытовом (вне семьи) контакте с больным туберкулезом. Выделили члены семьи пациента, определен характер родства, возраст, наличие контактных лиц из вне семейного окружения, которые находились в тесном контакте с пациентом по месту работы, учебы, воспитания, лечения за последние 3 месяца перед выявлением туберкулеза.

Степень эпидемиологической опасности очага, а также проведения оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции определялась индивидуальным сочетанием категории пациента, наличия и числа лиц, бывших в тесном (бытовом и не бытовом) контакте с пациентом.

Обследованные 103 больных с ЛЧ туберкулезом (2-группа), по степени эпидемической опасности разделены на 3 группы очагов туберкулезной инфекции.

Очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом составили 37 пациента. У 9(8%) больных наличие МБТ установлено методом бактериоскопии, и всех очагах установлено наличие детей 10(9,7%). В 17(16,5%) очагах туберкулезной инфекции находились дети, отсутствует отдельная комната для больного, т.е. невозможно соблюдать инфекционный контроль. У остальных 11 в очаге туберкулезной инфекции, в 4 случаях установлен ВИЧ-ассоциированный туберкулез и неблагоприятные социальные условия. Данная категории больных относится к I-группе.

Очаги с меньшим риском заражения, отнесены 48(46,6%) семей больных туберкулезом. МБТ у пациентов были выявлены только методом посева и/или молекулярно-генетическими методами. Среди обследованных 27 случаев в очаге находились дети, но отсутствовали отягощающие факторы, т.е. имелась возможность соблюдать инфекционный контроль (2-группа).

Из 11(10%) пациентов, у которых установлен активный туберкулез органов дыхания без выделения МБТ, и/или формальное бацилловыделение (один раз выделена МБТ). У всех очагов туберкулеза находились дети. Неблагополучный населенный пункт по туберкулезу среди животных. Эти очаги относятся к 3-группе очаги с минимальным риском заражения.

Выделены – очаги с потенциальным риском заражения, отнесены 7(6%) больных активным туберкулезом органов дыхания, проживающих без детей и не имеющих отягощающих факторов и больные с внелегочными формами туберкулеза. К этой же группе отнесены очаги, откуда больной, выделяющий МБТ, выбыл и от лечения 4 группы.

Многочисленные попытки рационализировать понятие о туберкулезном очаге не случайны и связаны с трудностью применения к туберкулезной инфекции понятия об инфекционном очаге вообще.

Различное определение очага туберкулезной инфекции, в конечном счете должно отражать то главное, на чем нужно концентрировать практические усилия противотуберкулезных учреждений. Многообразие компонентов, участвующих в формировании очага туберкулезной инфекции, обуславливает их различную эпидемиологическую значимость.

В современных условиях приоритетной и наиболее важной для практического здравоохранения республики являются новые, более эффективные экономные подходы к комплексному лечению туберкулеза с учетом ЛУ форм, а также новых технологий хирургического лечения осложненных процессов.

Многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что максимальное количество заболевших туберкулезом наблюдается среди лиц, имеющих длительный и массивный контакт с туберкулезными больными.

Эпидемическая опасность очага характеризуется наличием ЛУ или ЛЧ туберкулезом. В этом плане более серьезным и тяжелым является очаг с ЛУ туберкулезом.

Следовательно, уровень эпидемиологических показателей туберкулеза среди контактных зависит от ряда факторов, к числу которых относятся клиническая форма и характер бацилловыделения у источника инфекции, продолжительность и качество лечения, степень контакта и его

продолжительность, особенности возбудителя туберкулёза, особенно наличие лекарственной устойчивости к антибактериальным препаратам. В связи с этим огромное клинико-эпидемиологическое значение имеет своевременное выявление инфицированных лиц с ЛУ формами туберкулёза.

Результат и обсуждение

Все 145 очагов отнесены к первой эпидемиологической наиболее опасной группе, в которых проживают больные с МЛУ/ШЛУ формами туберкулеза.

Анализ факторов риска развития ЛУ показал, что неадекватное краткосрочное противотуберкулезное лечение в течение 1,5-2 месяца получали 13 (9%) больных. Курение (более 10 лет) и употребление алкоголя в качестве факторов риска установлено у 29 (20%) больных, 7 (5%) больных были из мест заключения.

Исходя из устойчивости к противотуберкулезным препаратам, больные распределились следующим образом. У 118 больных при помощи Gene Xpert была установлена устойчивость к рифампицину. Исследованием HAIN TEST у 100 больных определена устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину, кроме того, устойчивость к моксифлоксацину у 1, к капреомицину – у 1, к канамицину – у 1, к бедаквилину – у 1, к клоfazемину – у 1, к линезолиду - 1.

При обследовании методом Вастес MGIT 960, у 73 больных определена устойчивость МБТ к рифампицину. Резистентность к изониазиду и рифампицину установлена у 77 больных, к этамбутолу и рифампицину у 41, к пиразинамиду и рифампицину у 41 больных, к моксифлоксацину -1, к капреомицину – 8, к канамицину – 25, к офлоксацину – 3 больного.

Обследованные 103 больных с ЛЧ туберкулезом (2 группа) получили лечение ПТП 1 ряда по стандартным схема.

Химиотерапия больных проводилась ПТП 2 ряда с учетом результатов ТЛЧ.

Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан №383 от 24.10.2014г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан» очаги квалифицируются на бациллярные и не бациллярные с момента диагностики туберкулеза у пациента.

К I группе, эпидемиологически наиболее опасной группе, относят все очаги контактов проживают больные с МЛУ/ШЛУ туберкулезом и имеется один и более социально-гигиенических факторов: дети до 6 лет, беременные, родильницы, ВИЧ инфицированные, отсутствие отдельной комнаты для больного, невозможность соблюдения инфекционного контроля, в первую очередь проветривания помещения, соблюдения гигиены кашля, дезинфекционного режима и т.д. К неблагоприятным социальным условиям очага относятся и те, в которых проживают больные туберкулезом с низким уровнем семейного бюджета (дохода), злоупотребляющие алкоголем и употребляющие наркотики, а так же очаги семейного туберкулеза (в очаге 2 и более больных туберкулезом).

К IА группе относят очаги, в которых проживают больные с МЛУ-ТБ и только взрослые контактирующие лица, при условии отсутствия в очаге перечисленных выше отягощающих факторов и больных с массивным продолжительным бацилловыделением.

Ко II эпидемиологической группе относят очаги, в которых проживают больного с лекарственно-чувствительными формами туберкулеза (ЛЧ ТБ) и только взрослые контактирующие лица при отсутствии в очаге отягощающих факторов.

Ко ПА группе относят очаги, в которых проживают больные с ЛЧ ТБ, где имеется один и более отягощающих социально-гигиенических факторов.

К III, наименее опасной эпидемиологической группе, относят очаги в которых проживают формально бациллярные, небациллярные больные, больные с внелёгочными формами туберкулеза и больные после радикальных оперативных вмешательств.

По результату проведенных исследований, нами создана более упрощённая группировка очагов туберкулезной инфекции.

Следовательно, туберкулезный очаг имеет пространственные и временные границы. Во пространственные границы очаги туберкулеза входят место проживания туберкулезного больного, место его работы, обучения и т.д. Временные границы очага включены: период общения с больным туберкулезом и продолжительность периода инкубации у контактных лиц.

С учетом результатов проведенных исследований и степенной эпидемической опасности, очаги туберкулезной инфекции выделены на 4 группы.

1-я группа–очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом. Сформированы больным с туберкулезом органов дыхания при наличии хотя бы одного из следующих причин:

- выделение МБТ с МЛУ/ШЛУ к противотуберкулезным препаратам,

- ВИЧ – ассоциированный туберкулез,
- выделение МБТ методом бактериоскопии,
- выделение МБТ (любым методом) и наличие детей, беременные, родильницы в очаге.
- выделители МБТ (любым методом) и социальное, экономическое гигиеническое неблагополучные больного.

2-я группа – очаги с меньшим риском заражения, которые формируют больные с активным туберкулезом легких, выделенные ЛУ МБТ проживающие с детьми и наличиемотягощающих социально-гигиенических факторов.

3-я группа – очаги с минимальным риском заражения, в которых ЛЧ МБТ у больных были выявлены только методом посева/или молекулярно-генетическими методами. При этом больные должны проживать в отдельных квартирах с достаточно удовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями и без детей, без беременных.

4-я группа – очаги с потенциальным риском заражения, в которых у больных с активным туберкулезом легких, без выделения МБТ, или формальное (однократное) бациллярные проживающих без детей и не имеющихотягощающих факторов. К этой же группе отнесем очаги с внелегочными формами туберкулеза, больные после радикальных оперативных вмешательств и откуда больший выделенных МБТ, выбил.

Перевод очаги туберкулезной инфекции из одной эпидемиологической группы в другую осуществляется совместно с участковым врачом- фтизиатром и врачом эпидемиологом при появлении факторов, изменяющих его эпидемическую опасность.

Таким образом, в результате исследования выявлено что, нами предложенная классификация эпидемиологическая группировке очагов туберкулезной инфекция групп эпидемиологических очагов при облегчает и упорядочить работы фтизиатров, эпидемиологов, так как препятствует распространению туберкулёза, среди контактных лиц. Результаты настоящего исследования указывают на важность дальнейшего применение санитарно-эпидемиологических мероприятий на основе предложенной порядке и разработки эффективных профилактических мероприятий в эпидемиологических очагах.

Выводы

1. В зоне Приаралья эпидемиологическая опасность очага туберкулезной инфекции зависит от массивности бацилловыделения ЛУ МБТ к антибактериальным препаратам от также связана с условиями жизни, быта больного туберкулезом и его ближайшего окружения.
2. Приложенная группировка по эпидемиологической опасности очагов туберкулезной инфекции более простая всеобъемлющая и позволяет к снижению риска инфицированности и заболеваемости туберкулезом среди здоровых контактных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксютин Л.П. Факторы «Риска» и прогноз очаговой заболеваемости туберкулезом // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2012;1(83):81-85.
2. Мордык А.В., Плеханова М.А., Подкопаева Т.Г. Медико-социальная характеристика источников туберкулезной инфекции и оценка ее влияния на риск заболевания детей в очагах туберкулеза // Вестник современной клинической медицины. 2011;4(2):19-22.
3. Новикова Н.М. Современные аспекты туберкулезной инфекции у детей в Западной Сибири // Проблемы туберкулеза. 2003;2:17-18.
4. Овчинникова Ю.Э. Оптимизация режимов химиотерапии при первичном туберкулезе органов дыхания у детей // Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2009;1:36-40.
5. Поддубная Л.В. Туберкулезная инфекция у детей и подростков из семей с высокой эпидемиологической опасностью по туберкулезу /Автореф. дис. д-ра мед. наук. - Новосибирск, 2007. – С. 47.
6. Усмонов И.Х., Шукуров У.З. и др., Современная диагностика и лечения туберкулеза легких у ВИЧ инфицированных больных // Scientific progress. 2021;5:441-444.
7. Шилова М.В. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации к началу 2009 г. // Туберкулез и болезни органов дыхания. 2010;5:14-21.
8. Usmonov I.Kh., Shukurov U.Z. Challenges of diagnostics and features of treatment for lung tuberculosis in hiv infected patients // European journal of modern medicine and practice. 2022;2:92-95.

Поступила 20.08.2025