



*Департамент здравоохранения города Москвы
ГБУЗ «Московский городской научно-практический
центр борьбы с туберкулезом»
Межрегиональная общественная организация
«Московское общество фтизиатров»*



«ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР – МИССИЯ XXI ВЕКА»

**Материалы XI Ежегодной конференции
московских фтизиатров
с международным участием**

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ

EPIDEMIOLOGY AND ORGANIZATION OF ANTI-TUBERCULOSIS WORK

УРОКИ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОПЫТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ

О.И. Бобоходжаев, С.Р. Раджабзода, С.Дж. Пулатова

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе,
Республика Таджикистан

Введение

Опыт пандемии COVID-19 свидетельствует о недостаточной готовности систем общественного здравоохранения к борьбе с новым вирусным патогеном, который быстро распространился по всему миру, поскольку меры по сдерживанию были нечеткими и неадекватно реализованными в самый критический период. Спустя более двух лет после появления вируса SARS-CoV-2 стало очевидно, что сотрудничество в обмене информацией между правительствами и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), а также четкая и своевременная связь с общественностью имеют решающее значение для замедления распространения инфекции и возникновения пандемии. Необходима постпандемическая реструктуризация систем общественного здравоохранения с целью лучшей подготовки к борьбе со вспышками новых заболеваний, которые способны перегрузить традиционную больничную систему и значительно снизить качество и возможности лечения пациентов. При этом остается неясным уровень адаптации системы здравоохранения той или иной страны к следующей вспышке.

Цель исследования

Совершенствование предоставления лечебно-профилактических услуг населению при вероятных чрезвычайных ситуациях в связи с возможными вспышками респираторных инфекционных заболеваний с использованием опыта противотуберкулезной службы (ПТС).

Материалы и методы исследования

Изучены публикации разных стран по анализу опыта работы в условиях пандемии COVID-19, статистические данные по заболеваемости COVID-19 и туберкулезом (ТБ), основные рекомендации по частичной реорганизации систем здравоохранения с целью их подготовки к новым вспышкам респираторных инфекций. Использованы нормы и правила противотуберку-

лезного инфекционного контроля для разработки превентивных мер против внутри- и внебольничного распространения аэрогенных инфекций.

Результаты исследования и обсуждение

Традиционно применяемые мероприятия, понимаемые как «санитарно-противоэпидемический режим», акцентируют внимание медицинских работников главным образом на дезинфекцию поверхностей и объектов, утилизацию медицинских отходов, что имеет большое значение в плане предупреждения банальной контактной инфекции. Путем применения только этих мероприятий невозможно добиться радикального сокращения риска трансмиссии инфекций, передающихся через воздух (airborne infection).

Для предупреждения внутри- и внебольничного распространения респираторной инфекции может быть востребован опыт ПТС, в частности, централизованное управление и планирование системы инфекционного контроля. Например, координация деятельности по инфекционному контролю в противотуберкулезном ЛПУ обеспечивается руководителем организации либо заместителем директора по инфекционному контролю (как отдельной должностной единицей). В каждой медицинской организации создается комиссия по инфекционному контролю, действующая согласно Типовому положению. В каждом ЛПУ разрабатывается план работы по организации и проведению инфекционного контроля, реализация которого отслеживается по специально разработанным чек-листам и индикаторам мониторинга и оценки инфекционного контроля. План по инфекционному контролю содержит конкретные, реально осуществимые мероприятия с указанием сроков выполнения и ответственных лиц. В плане предусматривается обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля; организация мероприятий по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости ТБ; в целях

своевременного выявления лиц с подозрением на ТБ проводится активное выявление случаев ответственными лицами; отслеживаются характер и место работы сотрудников; строгое соблюдение мер инфекционного контроля со стороны пациентов; проверка режима работы системы вентиляции воздуха и ультрафиолетовых бактерицидных излучателей, кратности воздухообмена в зонах высокого риска и концентрации в воздухе помещений инфекционных аэрозольных частиц с использованием приборов инфекционного контроля; использование средств индивидуальной защиты; фит-тест для респираторов и другие меры. Специалист по инфекционному контролю участвует в клинических обходах не менее двух раз в неделю в структурных подразделениях с высоким риском развития ТБ, анализирует все индикаторы мониторинга и оценки инфекционного контроля. Организация системы вентиляции предусматривает установку ультрафиолетовых облучателей, особенно в зонах высокого риска инфицирования микобактериями ТБ. Такими зонами являются палаты в отделениях для больных-бактериовыделителей, коридоры отделений для больных ТБ с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, пункты сбора мокроты, эндоскопические кабинеты, бактери-

ологические лаборатории и др. Отдельно следует акцентировать внимание на тот факт, что в бактериологических лабораториях должны быть установлены боксы биологической защиты, оснащенные местной вытяжной вентиляцией со встроенными HEPA-фильтрами.

С целью предупреждения распространения туберкулезной инфекции среди населения также существуют нормы и правила, эффективность которых доказана научными исследованиями. Они преимущественно включают соблюдение социальной дистанции, исключение скопления людей в общественных местах, ограничение излишней миграции и проведения массовых мероприятий, строгое использование средств индивидуальной защиты и пр.

Закключение

ПТС может быть координирующим звеном для подготовки системы здравоохранения к различным вероятным вспышкам респираторных инфекций. Для повышения эффективности превентивных мер против трансмиссии респираторных инфекций необходимо провести как функциональную, так и структурную интеграцию ПТС с другими задействованными учреждениями системы здравоохранения.

Бобоходжаев Октам Икромович, тел. +9 (9298) 586-80-80, e-mail: bobokhojaev@mail.ru

КОМОРБИДНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: РЕГИОНАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ ДРУГОЙ ЭТИОЛОГИИ

В.М. Коломиец, Н.А. Польшикова

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск

Введение

В условиях реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» достигнуто значительное улучшение эпидемической ситуации по основному из социально значимых инфекционных заболеваний (СЗИЗ) – туберкулезу (ТБ). Предполагалось неблагоприятное влияние пандемии COVID-19; в этих условиях повышенный интерес вызывает формирование эпидемической ситуации по ТБ, сочетанному с коморбидной патологией (коморбидному ТБ), так как его выявление и ликвидация могут представлять значительные трудности.

Цель исследования

Установить особенности формирования эпидемической ситуации по коморбидному ТБ в экстремальных условиях пандемии COVID-19 (как примера возможной пандемии другой этиологии).

Материалы и методы исследования

Проведен анализ данных о распространении социально значимых инфекций и коморбидного ТБ в 2017–2019 гг. и в период развития пандемии COVID-19 в регионе, а также

особенностей развития коморбидных социально значимых инфекционных заболеваний у 1762 больных туберкулезом (впервые выявленных и с рецидивом). При верификации диагноза использованы результаты стандартных методов диагностики, включая молекулярно-генетические методы для идентификации и определения устойчивости возбудителей.

Результаты исследования

В экстремальных условиях пандемии COVID-19 в Курской области продолжалось уменьшение распространенности ТБ и СЗИЗ в целом; тем не менее эпидемическая ситуация в регионе продолжала оставаться напряженной. На смену плавному снижению заболеваемости туберкулезом в период 2017–2020 гг. (соответственно 31,74 – 22,46 – 29,72 – 12,04 на 100 000 населения) в год спада пандемии отмечен рост показателя до 21,06 на 100 000 населения. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции и гепатитам, как острым, так и хроническим, изменилась, но характер этих изменений не установлен в связи с резким сокращением объемов диспансеризации и профилактических осмотров в период

пандемии на фоне перераспределения объемов медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией и ТБ особую опасность представляет наличие у одного больного нескольких заболеваний, в разной степени влияющих на исход основной патологии. В структуре коморбидности различают основное и конкурирующее заболевания, выделяют фоновые, сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания.

В течение 2017–2021 гг. (до и в период развития пандемии) коморбидные СЗИЗ диагностированы у 181 (10,27%) больного; преобладала коинфекция ВИЧ (у 88 больных). Другие сопутствующие заболевания имели место у 419 (23,77%) больных туберкулезом, прежде всего хронические неспецифические заболевания легких и болезни эндокринной системы. Диагноз только ТБ (без сопутствующей патологии) установлен в 1162 (66,96%) случаях.

Заболеваемость СЗИЗ продолжала снижаться в первый год пандемии; так, заболеваемость коинфекцией ВИЧ/туберкулез снизилась с 4,45 до 0,27 на 100 000 населения, с последующим нарастанием показателя. При дальнейшем росте распространения ВИЧ-инфекции неизбежно увеличение случаев именно этого варианта коморбидного ТБ среди населения.

В период пандемии в регионе выявлено 108 больных ТБ, сочетанного с COVID-19 (преимущественно легкими формами); заболеваемость составила в среднем 4,86 на 100 000 населения в год. Преобладали пациенты мужского пола в возрасте 30–39 и 60–69 лет. Все больные получали лечение в специализированных отделениях; только в одном случае отмечен летальный исход.

Выводы

В период пандемии COVID-19 в регионе выявлена тенденция к ухудшению эпидемической ситуации по туберкулезу как приоритетному из социально значимых инфекционных заболеваний. Отмечается нарастание доли ВИЧ-инфицированных контингентов, изменения структуры заболеваемости. Учитывая роль пандемии COVID-19 как модели воздействия экстремальных условий, потребовавшую реорганизации системы здравоохранения, полученные данные обосновывают необходимость совершенствования работы и реорганизации служб, оказывающих специализированную помощь населению (противотуберкулезной, инфекционной, службы СПИД), для обеспечения эпидемического благополучия в условиях возможных прогнозируемых эпидемий/пандемий другой этиологии.

Коломиец Владислав Михайлович, тел. 8-961-199-05-85, e-mail: vlacom@mail.ru

ВАКЦИНАЦИЯ СОТРУДНИКОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ОТ COVID-19 И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ

Е.Л. Христофорова

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Изучение опыта работы в условиях COVID-19 позволяет прогнозировать эффективность противоэпидемических мероприятий при появлении или угрозе возникновения новых пандемий, вызванных в том числе новыми возбудителями.

В условиях пандемии COVID-19 медицинские работники имели более высокий риск заражения COVID-19, чем все остальное население: на них не распространялись ограничительные меры, рабочие места находились в очагах концентрации инфицированных больных, возросшая интенсивность труда в средствах индивидуальной защиты способствовала хроническому стрессу. Кроме того, сохранялся риск заражения COVID-19 в быту, в пути следования, в общественных местах.

Сотрудники противотуберкулезного учреждения являлись группой высокого риска по заболеваемости COVID-19 ввиду вовлеченности в мероприятия по выявлению и лечению новой коронавирусной инфекции. Мероприятия инфекционно-

го контроля в противотуберкулезных учреждениях в период эпидемического подъема заболеваемости COVID-19 были направлены на предупреждение заноса и распространения внутри учреждения, а также за его пределы как туберкулезной инфекции, так и инфекции, вызванной вирусом SARS-CoV-2. Комплекс профилактических мероприятий в противотуберкулезных учреждениях в одних случаях существенно расширялся введением дополнительных ограничительных карантинных мер, а в ряде случаев ранее действующие мероприятия претерпевали существенные изменения. В условиях продолжающейся пандемии изменить ситуацию могла только активная вакцинация.

Цель исследования

Оценить эффективность вакцинации, идентифицировать другие факторы, влияющие на заболеваемость COVID-19 сотрудников противотуберкулезных учреждений.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ заболеваемости COVID-19, регистрируемой с 1 апреля 2020 г. по 1 октября 2021 г., среди среднесписочного числа 2800 сотрудников ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы с учетом проведения вакцинопрофилактики. В рассматриваемый период переболело 35,5% работающих в учреждении. Годовая заболеваемость персонала составила 177,4 на 1000 сотрудников. У 5,7% (95%ДИ 4,4–7,4%) переболевших были зарегистрированы повторные случаи заболевания. В июле-августе 2021 г. была проведена массовая вакцинация 86,0% сотрудников учреждения. Вычисляли еженедельное число заболевших и незаболевших сотрудников в группах: полностью вакцинированных, вакцинированных одним препаратом, невакцинированных и ранее переболевших.

Для оценки других факторов, влияющих на заболеваемость COVID-19, проведено анкетирование сотрудников медицинской организации. Опрос проводили по 46 ключевым вопросам эпиданамнеза, выполнения требований санитарно-противоэпидемического режима, предполагаемым источникам инфицирования, прогностическим рискам возникновения и течения COVID-19. В период с 1 августа 2022 г. по 1 октября 2022 г. было опрошено 1225 работников учреждения (43,8% общей численности). Анкетирование проводилось анонимно, на добровольной основе. При ответе на вопросы участники сообщали о демографических факторах (возраст, пол), месте фактического проживания, о факте заболевания новой коронавирусной инфекцией, кратности лабораторного обследования на SARS-CoV-2, иммунизации против COVID-19, возможных местах контакта с больными COVID-19, использовании средств индивидуальной защиты (СИЗ) в быту и на работе, регулярности применения кожных антисептиков, а также иную информацию, которая позволила установить риски инфицирования работников в быту и на работе. Для оценки рисков инфицирования респонденты были разделены на две группы в зависимости от наличия положительного теста на SARS-CoV-2 (I группа) или его отсутствия (II группа) по состоянию на 1 октября 2022 г. Исследовали мазки из носо/ротоглотки молекулярно-генетическим методом (с февраля 2022 года – экспресс-мето-

дом, определяющим антиген SARS-CoV-2) на базе лаборатории противотуберкулезной медицинской организации, а также в других аккредитованных лабораториях г. Москвы.

Результаты

В периоды высокого уровня месячной заболеваемости населения города Москвы (выше 500 на 100 тыс.) годовая заболеваемость невакцинированных сотрудников была в 2,8 раза выше, чем у полностью привитых (408,2 и 144,0 на 1000 чел., ОР = 2,8 (95%ДИ: 2,0–4,0)). Заболеваемость среди привитых только одним компонентом двухкомпонентной вакцины была в 1,5 раза ниже, чем у невакцинированных (271,5 и 409,2 на 1000 чел. ОР = 1,5 (95%ДИ: 1,04–2,2)). У полностью привитых вероятность заболевания была достоверно выше, чем у ранее переболевших (144,0 и 78,0 на 1000 чел., ОР = 1,9 (95%ДИ: 1,1–3,1)).

Согласно анкетным данным, новую коронавирусную инфекцию COVID-19 перенесли 797 сотрудников (65% респондентов), а 138 (17,3%) из их числа имели повторные случаи заболевания. Выявлены основные и дополнительные риски инфицирования COVID-19 персонала противотуберкулезной медицинской организации, принимающего непосредственное участие в борьбе с новой коронавирусной инфекцией. Наряду с вакцинацией, важными факторами, влияющими на заболеваемость работников, являлись кратность обследования на COVID-19, регулярность использования СИЗ, контакты с источниками инфекции в быту и в пути следования до работы, использование очков для коррекции зрения, использование общественного транспорта и прием пищи на работе.

Заключение

Подтверждена очевидная эффективность вакцинации от COVID-19 персонала противотуберкулезной медицинской организации, принимающего непосредственное участие в борьбе с новой коронавирусной инфекцией. В качестве дополнительных факторов, влияющих на риск заболевания, определены кратность обследования на COVID-19, регулярность использования СИЗ, контакты с источниками инфекции в быту и в пути следования до работы, использование очков для коррекции зрения, использование общественного транспорта и прием пищи на работе.

Христофорова Елена Леонидовна, тел. 8-905-137-73-40, e-mail: celene@yandex.ru

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

З.Р. Рашидов¹, С.И. Азимов²

¹ Ташкентский педиатрический медицинский институт МЗ РУз

² Бухарский государственный медицинский университет МЗ РУз

Цель исследования

Оценить распространенность сопутствующих урологических заболеваний у больных туберкулезом, проживающих в условиях аридной зоны.

Материалы и методы исследования

Исследование проводили в Бухарском областном центре фтизиатрии и пульмонологии. Изучены клинические данные случайной выборки из 936 больных, 447 мужчин (47,8%) и 489 женщин (52,2%) в возрасте от 17 до 96 лет с различными формами туберкулеза, с использованием специализированного вопросника (УКАС), разработанного сотрудниками РСНПМЦУ и кафедры урологии Ташкентской медицинской академии в рамках государственного гранта СС АТЕХ 2018-539 «Разработка подходов к созданию электронной базы данных больных с наиболее распространенными урологическими заболеваниями». Все больные находились на учете и лечении в Бухарском областном центре фтизиатрии и пульмонологии.

Результаты исследования

В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания в исследуемой выборке преобладал инфильтративный туберкулез легких (у 351 (37,5%) пациентов), реже отмечены фиброзно-кавернозный – у 34 (3,6%), очаговый – у 28 (3,0%), диссеминированный – у 27 (2,9%), цирротический туберкулез – у 25 (2,3%), туберкулема легких – у 21 (2,2%), туберкулезный плеврит – у 24 (2,6%), туберкулез внутригрудных лимфоузлов – у 60 (6,4%). У 366 пациентов выявлен туберкулез различных внелегочных локализаций: костно-суставной – у 197 (21,0%), мочевого пузыря (МПП) – у 164 (17,5%), периферических лимфатических узлов – у 3 (0,3%), глаз – у 1 (0,1%), абдоминальный туберкулез – у 1 (0,1%) больного.

При обследовании урологическая патология выявлена у каждого третьего пациента (332 человека, или 35,5% всех обследованных больных). В ее структуре преобладала неспецифическая инфекция мочевого тракта (ИМТ), которая наблюдалась у 174 из 332 больных туберкулезом (52,4%); у 162 (48,8%) больных имели место различные формы мочевого пузыря туберкулеза, у 88 (26,5%) – доброкачественная гиперплазия

предстательной железы (ДГПЖ), у 53 (15,9%) – разные формы недержания мочи, у 28 (8,4%) – сексуальная дисфункция (СД), у 18 (5,4%) – мочекаменная болезнь (МКБ), у 6 (1,8%) – гидронефроз (уретерогидронефроз), и у 1 (0,3%) – нефроптоз. Сочетание нескольких видов урологической патологии наблюдалось у 42 (12,6%) из 332 больных туберкулезом.

Чаще всего различная сопутствующая урологическая патология наблюдалась в группе больных с МПП; наиболее часто выявляли неспецифическую ИМТ – до 129 (78,6%) больных. Кроме того, ДГПЖ наблюдалась у 4 (2,4%), МКБ – у 3 (1,8%), СД – у 18 (10,9%), недержание мочи – 22 больных (13,4%) и нефроптоз – у 1 (0,6%) больного. Наличие гидронефроза (уретерогидронефроза) у 6 больных было связано с обструкцией мочевых путей за счет туберкулезного уретерита.

ДГПЖ наиболее часто наблюдалась у больных с инфильтративным туберкулезом легких – до 50 (56,8%) из 88 больных.

Недержание мочи было установлено у 53 (5,7%) из 936 больных, чаще у лиц женского пола (49 из 53 чел., 92,5%) и лишь в 4 (7,5%) наблюдениях у мужчин ($p < 0,05$), было более характерно для женщин старше 60 лет – 35 из 49 (71,4%) наблюдений. Тип недержания у 30 (56,6%) являлся стрессовым, у 23 (43,4%) – ургентным. Для больных с МПП был характерен ургентный тип недержания мочи – до 100% наблюдений соответственно. Стрессовый тип недержания мочи был характерен для больных туберкулезом легких – до 26 (96,3%) наблюдений из 27 больных. Для мужчин с различными формами туберкулеза во всех наблюдениях был характерен ургентный тип недержания мочи.

СД наблюдалась у 28 (6,3%) из 447 мужчин с различными формами туберкулеза, в этиологической структуре преобладал МПП – до 18 (64,3%) наблюдений из 28 больных. Наиболее часто СД встречалась у мужчин старше 40 лет – до 20 (71,4%) наблюдений из 28 больных.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о высоком удельном весе сопутствующей урологической патологии – до 35,5% у данной категории пациентов, что, несомненно, требует особой тактики лечения.

Рашидов Зафар Рахматуллаевич, тел. +9-9890-175-51-73, e-mail: dr-zrr@mail.ru

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

С.В. Писаренко, Е.М. Тудор

ОМСУ «Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

Введение

Туберкулез продолжает оставаться одной из приоритетных проблем общественного здравоохранения Республики Молдова, которая входит в список 30 стран с высоким бременем туберкулеза, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя. Проблема рецидива туберкулеза является одним из наиболее сложных аспектов в борьбе с данной болезнью. Изучение этого вопроса имеет огромное значение, поскольку рецидив туберкулеза является важным показателем, указывающим на потенциальные проблемы в области контроля над туберкулезом.

Глубокое понимание этой проблемы крайне важно. Это ключевой элемент для понимания причин, по которым туберкулез продолжает быть актуальной проблемой общественного здравоохранения, и для определения необходимых мер по его диагностике, лечению и контролю.

Цель исследования

Изучить современное состояние рецидивов туберкулеза в Республике Молдова.

Материалы и методы исследования

В рамках исследования проанализированы данные национальной информационной системы мониторинга и оценки туберкулеза (SIME-TB) о зарегистрированных случаях рецидива туберкулеза в Республике Молдова в 2020 и 2022 годах. Изучены социально-демографические, клинико-эпидемиологические, медико-биологические и другие характеристики случаев повторного заболевания туберкулезом.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ текущей эпидемиологической ситуации, связанной с рецидивом туберкулеза в Республике Молдова, выявил определенные тенденции. Абсолютное число зарегистрированных случаев рецидива туберкулеза увеличилось с 384 до 453, относительный показатель рецидивов – с 12,4 до 14,7 на 100 тыс. населения.

Вместе с тем доля рецидивов в общей структуре заболеваемости туберкулезом немного снизилась (с 21,8% до 21,4%), что, скорее всего, связано с ростом общего числа случаев туберкулеза (с 1759 до 2120).

В структуре рецидивов туберкулеза в указанный период отмечено небольшое уменьшение доли легочного туберкулеза (с 97,4 до 96,0%) с увеличением доли внелегочного (с 2,6 до 4,0%). С учетом сложности диагностики и лечения внелегочных форм туберкулеза выявленная тенденция требует особого внимания. Характеризуя рецидивы туберкулеза легких, необходимо отметить уменьшение доли деструктивных форм (с

46,3 до 43,0%) при одновременном увеличении бациллярных (с 60,7 до 63,0%). Это подтверждает эпидемическую опасность больных с рецидивом туберкулеза и служит основанием для активного поиска деструкции легочной ткани с помощью методов рентгеноматомографии (томосинтез, КТ).

У подавляющего числа больных с рецидивом туберкулеза выявляется инфильтративная форма, в том числе казеозная пневмония (88,1%); диссеминированная и фиброзно-кавернозная формы выявляются значительно реже, соответственно в 5,7% и 5,5% случаев.

Более чем в половине случаев повторное заболевание было вызвано лекарственно-устойчивыми штаммами возбудителя туберкулеза, в том числе штаммами с МЛУ, пре-широкой (пре-ШЛУ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ).

Большую часть больных с рецидивами туберкулеза легких выявляли благодаря активному обращению за медицинской помощью к семейному врачу или фтизиатру с симптомами воспалительного заболевания бронхов и легких (57,0%), остальные случаи были обнаружены во время профилактических осмотров групп риска развития туберкулеза.

Среди групп наиболее значимых факторов риска развития рецидива следует отметить социально-демографические (пол, возраст, трудовая занятость, место проживания), медико-биологические (сопутствующие заболевания, вредные привычки и др.) и эпидемиологические факторы (экзогенная инфекция и др.). Установлено, что среди больных преобладают мужчины (79,7%), лица в возрасте 35–64 лет (74,0%), занятые эпизодическим трудом и неработающие лица (65,0%), жители сельской местности (59,4%), а также лица с невысокой санитарной культурой (38,9%).

Важным фактором, способствующим развитию рецидива, является наличие сопутствующих заболеваний. У 70,2% больных диагностированы сопутствующие заболевания, в том числе ВИЧ-инфекция, алкоголизм, вирусные гепатиты, ХОБЛ, пневмония и другие.

Выводы

По данным информационной системы SIME-TB в республике наблюдается рост зарегистрированных случаев рецидива туберкулеза, большинство из которых вызваны лекарственно-устойчивыми штаммами возбудителя. Ведущей клинической формой рецидива туберкулеза является инфильтративная. Среди больных преобладают мужчины, лица трудоспособного возраста, занятые эпизодическим трудом и неработающие, жители сельской местности, а также лица с невысокой санитарной культурой. ВИЧ-инфекция, алкоголизм, вирусные

гепатиты, ХОБЛ и пневмония значительно увеличивают риск развития рецидива туберкулеза. Для улучшения контроля над туберкулезом требуется усиление мер по выявлению, лечению и мониторингу туберкулеза, улучшение работы с группами риска, а также противодействие социальным и эко-

номическим факторам, способствующим распространению заболевания.

Работа выполнена в рамках проекта № 20.80009.8007.23, в соответствии с Государственной программой 2020–2023 гг.

Писаренко Сергей Викторович, тел. +3732-257-23-53, e-mail: serghei.pisarenko@gmail.com

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

О.В. Михайлова

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Введение

За последние годы в Республике Беларусь достигнуто значительное улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу (ТБ). Смертность населения от ТБ в 2019 году снизилась на 45% по сравнению с 2015 годом и составила 2,2 случая смерти на 100 000 населения. При этом уровень смертности в 2020 году демонстрирует снижение практически на 45,5% только за один год. Наравне с показателем смертности в последние пять лет (2015–2020 годы) наблюдается интенсивное снижение числа новых случаев заболеваемости ТБ. Темпы снижения заболеваемости особенно выражены в 2017–2019 гг. Следует отметить, что снижение заболеваемости в 2020 году во многом обусловлено снижением уровня выявляемости ТБ на фоне пандемии COVID-19.

Цель исследования

Выявить эпидемиологические и клинико-лабораторные особенности течения туберкулеза у лиц из очагов туберкулезной инфекции в Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ документации 156 пациентов, взятых на учет и находившихся под диспансерным наблюдением в 2020–2021 гг. в УО «Минский клинический центр фтизиопульмонологии».

Результаты исследования

Среди исследуемых пациентов преобладали мужчины – 102 (65%), средний возраст пациентов составил 49 лет. Абсолютное большинство составили белорусы – 153 (97%) пациента, проживающие в Заводском (28 пациентов, 17,9%) и Фрунзенском (40 чел., 25,6%) районах; 13 (8,3%) являлись лицами БОМЖ. Не работали 55 (35%) пациентов, 19 (12%) являлись пенсионерами, 12 (7,5%) имели группу инвалидности. Случай регистрации как новый зафиксирован у 129 (82,7%) пациентов, рецидив – у 13 (8,3%). Результаты предыдущего рентген-флюорографического обследования (РФО) у 57 (37%) пациентов были в норме, 26 (17%) пациентов не проходили РФО более 2 лет, результат предыдущего РФО неизвестен у 20 (16,2%) пациентов.

У 114 (73%) диагностирован инфильтративный туберкулез легких, на долю диссеминированного пришлось 11 (7%) пациентов, туберкулезный сальпингит (сальпингоофорит) отмечен у 8 (5,1%) пациентов. У 104 (66,7%) пациентов специфический процесс выявлен при прохождении профилактического медицинского осмотра. Диагноз туберкулеза верифицирован по данным лабораторного исследования мокроты у 131 (84%) пациента, гистологического исследования ткани легкого – у 9 (5,7%) пациентов, клинико-рентгенологически – у 7 (4,5%) пациентов. Возбудитель туберкулеза выявлен у 86 (55%) пациентов молекулярно-генетическим методом (GeneXpert), бактериоскопией мокроты – у 48 (30,8%) пациентов. Рентгенологически в 99 (63,5%) случаях имела место инфильтрация, у 40 (25,6%) пациентов – распад легочной ткани; у 13 (8,3%) пациентов фаза специфического процесса не установлена. У 88 (56,4%) пациентов чувствительность *M. tuberculosis* к противотуберкулезным лекарственным средствам была сохранена, 66 (42,3%) пациентов имели устойчивость возбудителя к рифампицину. При эпидемиологическом расследовании источников туберкулезной инфекции установлено, что 101 (64,7%) пациент проживал одиночно (контакты в очаге не зафиксированы), в 38 (24,3%) случаях в очаге туберкулезной инфекции проживали только взрослые лица, в 17 (11%) случаях – проживали дети.

Выводы

Среди заболевших из очагов туберкулезной инфекции преобладают лица мужского пола, старшего трудоспособного возраста. Лидируют по количеству выявленных случаев Фрунзенский и Заводской районы г. Минска. Большой удельный вес имеют социально уязвимые категории граждан – безработные, пенсионеры, инвалиды. У 82% пациентов зафиксирован новый случай туберкулеза (преимущественно инфильтративный туберкулез легких), в 56% – с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя. У 67% пациентов изменения в легких выявлены при прохождении РФО с профилактической целью. Диагноз подтвержден лабораторно в 83% случаев

(в 55% – методом GeneXpert). На основании рентгенологической картины инфильтрация и распад легочной ткани зафиксированы у 89% пациентов, в 26% случаев в легких выявлены остаточные посттуберкулезные изменения. При анализе

эпидемиологической значимости очагов туберкулезной инфекции зафиксировано, что в 11% случаев в очаге проживают дети.

Михайлова Ольга Васильевна, тел. +37529-232943-00, e-mail: 1974mmm@mail.ru

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПРЕВЕНТИВНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ КОЖНЫХ ТЕСТОВ

Ж.И. Кривошеева

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Введение

При минимальном уровне заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ) на первый план выходят вопросы профилактики и обеспечения эпидемического благополучия в виде интенсивной работы среди наиболее уязвимых групп населения, совершенствования диагностики и лечения латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ). Проведение превентивной терапии всем инфицированным микобактериями туберкулеза (МБТ) нецелесообразно и требует очень значительных финансовых затрат. В то же время при долгосрочном приеме противотуберкулезных препаратов (ПТП) необходимо предупредить развитие нежелательных побочных реакций, имеющих существенные медицинские и экономические последствия. Более оправданным может быть назначение химиопрепаратов лицам с доказанной ЛТИ и/или высоким риском прогрессирования инфекции.

Цель исследования

Оценка эффективности персонифицированного подхода к назначению ПТП детям из очага туберкулезной инфекции с различными результатами кожных тестов на ТБ.

Материалы и методы исследования

Проведено проспективное исследование динамики результатов кожных тестов в 2 группах детей в возрасте 5 лет и старше из очага лекарственно-чувствительного туберкулеза (ЛЧ-ТБ) и туберкулеза без бактериовыделения (МБТ-), состоявших на учете в ПТД г. Минска, получавших (53 пациента, основная группа) и не получавших (54 пациента, группа сравнения) ПТП с целью профилактики туберкулеза. Детям группы сравнения лечение не назначали в связи с отрицательными или сомнительными реакциями на кожные тесты, ЛТИ не была подтверждена другими методами. С целью исключения активного ТБ детям с гиперергическими реакциями на кожные тесты и/или положительным квантифероновым тестом проводили компьютерную томографию органов грудной клетки; у 7 человек выявлены рентгенологические признаки ТБ в фазе регрессии или спонтанно излеченного. Данный факт может свидетель-

ствовать о недостаточном объеме обследования детей из семейного контакта с ТБ.

Дети из туберкулезного контакта с ЛЧ-ТБ составили 44 человека (83,0%), из очага ТБ без бактериовыделения – 7 пациентов (13,2%), в группу также включены 2 (3,8%) пациента, которым ПТП назначались перед проведением терапии генно-инженерными биологическими препаратами. Основной схемой являлся прием изониазида в течение 6 месяцев (6Н), 2 человека получали изониазид с рифампицином в течение 3 месяцев (3НР). Кожные тесты (проба Манту и Диаскинтест) проводились в динамике через 6 и 12 месяцев.

Результаты

В основной группе проба Манту через 6 месяцев проведена 43 детям, Диаскинтест (ДСТ) – 21 ребенку. По окончании курса профилактического лечения значимой динамики результатов кожных тестов не отмечено: результаты пробы Манту оставались на прежнем уровне у 72,1% детей (31 пациент), снижение чувствительности к туберкулину установлено у 23,3% пациентов ($p < 0,001$). С одинаковой частотой констатированы снижение и стабильные реакции на ДСТ – у 42,9% детей (по 9 человек). Случаи нарастания чувствительности по пробе Манту и ДСТ отмечены у 2 и 3 детей (4,7% и 14,2% соответственно).

Мониторинг переносимости выявил единичные случаи умеренных побочных реакций на ПТП (3 пациента; в 5 случаях (9,4% детей) препараты были отменены по причине серьезных побочных реакций. Досрочное завершение курса (после получения 50% доз ПТП) по разным причинам имело место у 15 (28,3%) человек.

Группу сравнения составили 54 пациента из групп риска, которым лечение ПТП не назначалось. Проба Манту проведена в динамике через 6 месяцев 54 детям, ДСТ – 26 пациентам. Отдаленные результаты кожных тестов через год и более оценены у 26 пациентов по пробе Манту и у 24 человек – по ДСТ.

Результаты пробы Манту через 6 месяцев оставались без нарастания у 85,2%, Диаскинтеста – у 96,2% детей. Реже регистрировали отрицательную динамику результатов тестов

в виде усиления реакции на пробу Манту или ДСТ (у 14,8% и 3,8% соответственно, $p < 0,001$). Через 12 месяцев наблюдения реакции на пробу Манту были отрицательными или сомнительными у всех детей; только у 1 пациента (4,2%) установлено усиление реакции на ДСТ в виде появления положительного результата.

Случаев заболевания ТБ не зарегистрировано в течение 2-х лет ни в одной группе наблюдения.

Выводы

Полученные результаты позволили сделать вывод о целесообразности сохранения дифференцированного подхода к на-

значению ПТП здоровым детям из групп риска, даже если они были в контакте с больным лекарственно-чувствительным ТБ.

Назначать длительные курсы ПТП без учета результатов иммунологических тестов и доказательств наличия ЛТИ возможно у детей до 5 лет, детей с иммуносупрессией первичного или вторичного генеза, гиповитаминозами, низким статусом питания, что соответствует международным рекомендациям ВОЗ.

Кривошеева Жанна Ивановна, тел. +375 29-778-45-06, e-mail: krzhanna@mail.ru

ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИИ

Т.И. Морозова, А.В. Ефимова

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Актуальность исследования

Проживание в постоянном бытовом очаге туберкулезной инфекции значительно увеличивает риск развития заболевания у контактных. У конкретного пациента величина этого риска определяется соотношением выраженности трех факторов: уровнем эпидемической опасности очага туберкулеза, полнотой выполнения противоэпидемических мероприятий и состоянием иммунобиологической защиты организма. Заболеваемость туберкулезом контактных лиц превышает общую заболеваемость туберкулезом коренного населения в 5–10 раз. В Саратовской области в 2017–2022 гг. заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. контактных составляла: в 2017 г. – 137,3; в 2018 г. – 153,3; в 2019 г. – 41,9; в 2020 г. – 86,5; в 2021 г. – 53,8; в 2022 г. – 106,6. Тогда как заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. коренного населения (форма № 33) составляла: в 2017 г. – 34,5; в 2018 г. – 31,6; в 2019 г. – 25,7; в 2020 г. – 19,0; в 2021 г. – 18,0; в 2022 г. – 18,8 ($p < 0,01$). Представляется актуальным изучение причин и факторов, оказывающих влияние на вероятность заболевания туберкулезом в бытовых очагах инфекции.

Цель исследования

Изучить медико-биологические, социальные, эпидемиологические факторы риска развития активного туберкулеза у контактных лиц в бытовом очаге инфекции.

Материал и методы исследования

Изучена медицинская документация (истории болезни, амбулаторные карты, ф/089у) 181 пациента в возрасте 18–70 лет с длительностью проживания в очагах туберкулезной инфекции более 12 месяцев. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую (основную) группу вошли 47 человек, у которых при

проживании в очаге развился активный специфический процесс. Вторую (контрольную) группу составили 134 контактных лица, не заболевших туберкулезом при совместном проживании с индексным больным в очаге инфекции. У всех наблюдаемых лиц оценивалась длительность пребывания в очагах туберкулеза, их эпидемиологическая опасность, а также наличие медико-эпидемиологических и социальных факторов риска заболевания туберкулезом. Пациенты ранее были взяты на учет по IV А группе диспансерного наблюдения. Всем контактным предлагалось и назначалось профилактическое лечение. Из 47 заболевших по контакту лиц 30 человек (63,8%) отказались от превентивной терапии, 17 человек (36,2%) получили полноценный трехмесячный курс химиопрофилактики туберкулеза. Во второй группе наблюдаемых контактных (134 человека) соотношение профилактически пролеченных и отказавшихся от терапии было аналогичным: 2/3 контактных отказались от профилактического лечения, 1/3 – получили медикаментозную терапию. У всех пациентов дополнительно оценивали приверженность к лечению с помощью опросника «КОП-25». Наличие ВИЧ-инфекции служило критерием исключения из исследования. Статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием компьютерных программ Microsoft Excel для Windows XP и Statistica 6.0.

Результаты исследования

У всех наблюдаемых пациентов при изучении особенностей медико-биологического и социального статуса выявлены следующие факторы риска развития туберкулеза: наличие алкогольной зависимости – 32 чел. (17,7%), курение – 97 чел. (53,4%), неполноценное питание – 101 чел. (55,8%), стрессовые ситуации в течение последних шести месяцев – 73 чел. (40,3%),

плохие бытовые условия – 72 чел. (39,8%), возраст старше 50 лет – 69 чел. (38,1%), перенесенный в прошлом туберкулез – 18 чел. (9,9%), наличие сахарного диабета – 21 чел. (11,6%), заболевание ХОБЛ – 71 чел. (39,2), получение иммуносупрессивной терапии – 9 чел. (5,0%). Проведенный анализ показал, что в группе контактных с развитием заболевания при проживании в очаге туберкулезной инфекции среднее количество факторов риска составило $2,6 \pm 0,9$. В то время как у лиц, не заболевших туберкулезом в очагах инфекции, среднее количество факторов риска составило $0,8 \pm 0,6$ ($p < 0,01$). Необходимо отметить, что среди заболевших туберкулезом контактных лиц не зарегистрированы пациенты с отсутствием факторов риска. Установлено, что среди 47 заболевших контактных лиц 37 человек (78,7%) проживали в очагах туберкулезной инфекции I группы (с высоким риском заражения туберкулезом и социальной отягощенностью очагов). В очагах туберкулеза II группы с высоким риском заражения, но социально благополучных, заболело 9 человек (19,1%). В очагах туберкулезной инфекции III группы (контакт с больными туберкулезом органов дыхания без бактериовыделения) заболел 1 человек (2,2%). Заболевших из очагов туберкулезной инфекции IV и V групп не зарегистрировано. Показатель низкой приверженности к лечению индексного больного туберкулезом оказался значимым для развития туберкулезного процесса у контактного лица (был установлен у 97 чел. (53,6%), отказавшихся от

химиопрофилактики, и зарегистрирован у 17 чел. (9,4%) среди получивших превентивную терапию, $p < 0,01$).

Заключение

В бытовых очагах туберкулезной инфекции целесообразен персонифицированный подход оценки риска возникновения туберкулеза у контактных лиц. Существенное значение в развитии заболевания имеют медико-биологические, социальные и эпидемиологические особенности каждого очага туберкулезной инфекции. По полученным нами данным наиболее значимыми факторами риска заболевания туберкулезом в очагах являлись: степень эпидемиологической опасности очага (в очагах I степени заболело контактных лиц 78,7% против 19,1% в очагах II и 2,2% в очагах III степени ($p < 0,01$), плохие жилищно-бытовые условия (39,8%) и питания (55,8 % заболевших), недавно перенесенные стрессовые ситуации (40,3%), низкая приверженность к лечению индексного больного туберкулезом, отказ от химиопрофилактики контактных (53,6% заболевших против 9,4% получивших превентивную терапию, $p < 0,05$), тяжелая сопутствующая патология бронхолегочной системы (39,2%), совокупность нескольких факторов риска одновременно. Все вышеизложенное требует тщательного наблюдения за очагами туберкулезной инфекции со стороны фтизиатрической службы и разработки дополнительных превентивных мер по снижению заболеваемости контактных лиц в очагах.

Морозова Татьяна Ивановна, тел. 8-927-227-82-78, e-mail: ti-morozova@yandex.ru

ЛАТЕНТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У КОНТИНГЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ

Э.Т. Халафова

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Принадлежность контингента психоневрологических интернатов к группам риска по туберкулезу обусловлена быстрым распространением туберкулезной инфекции в результате тесных и длительных контактов. Ряд отечественных и зарубежных авторов считают, что не критическое отношение к своему здоровью, длительное пребывание в психиатрических больницах, неспособность соблюдения санитарно-гигиенических норм у психиатрических больных приводят к несвоевременному выявлению туберкулеза. Затрудненное восприятие действительности не позволяет пациентам своевременно почувствовать симптомы заболевания и вовремя обратиться к врачу. Возникают предпосылки для групповых вспышек туберкулезной инфекции.

Вспышки туберкулеза в психоневрологических интернатах и домах престарелых описаны в различных странах: в 1995–1998 гг. в Гаване, 144 вспышки туберкулеза в 2006–2015 гг. в психи-

атрических больницах и домах престарелых Японии, в 2009 г. в стационарном доме престарелых для психиатрических больных во Флориде, в 2010–2012 гг. в учреждении длительного ухода для психических больных в Пуэрто-Рико, в 2012 г. в палатах длительного лечения психиатрической больницы на Тайване. В России вспышка туберкулеза в психоневрологических интернатах зарегистрирована в 1997 г.

Трудности диагностики туберкулеза у 2–16% психиатрических больных зависят от глубины дезадаптации, нарушения социальных связей, выражающихся в угасании общественных интересов, утрате трудовых навыков. Основным методом обследования на туберкулез у данного контингента является флюорография. Однако среди таких пациентов имеются нетранспортабельные больные, которым невозможно проведение рентгенологического обследования. Сбор анализа мокроты также затруднителен: пациенты заглатывают мокроту и

не способны к сплевыванию; кроме того, прием психотропных препаратов приводит к сухости слизистых оболочек дыхательных путей и сложностям получения мокроты. В качестве дополнительного или альтернативного метода при выявлении туберкулезной инфекции у психиатрических пациентов можно рассматривать проведение иммунологических тестов на туберкулез.

По данным немногочисленных публикаций, посвященных иммунодиагностике туберкулеза у психоневрологических больных, частота обнаружения положительных проб у таких пациентов достигает 13,5%. Зарубежные авторы также описывают высокую частоту выявления латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ): у 55% пациентов психоневрологического интерната Флориды, у 81% пациентов и у 5% сотрудников учреждений длительного ухода для психических больных Пуэрто-Рико, у 38% пациентов психиатрического стационара на Тайване, у 17-88% в Польше; в Кракове распространенность ЛТИ у пациентов психиатрического учреждения по данным квантиферонового теста составила 21,1%, по туберкулиновому тесту – 43,2%.

В ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» изучена распространенность ЛТИ в психоневрологических интернатах на базе двух социальных домов – «Лосиноостровский» и «Северное Измайлово». В период 2021–2023 гг. обследовано 936 человек с применением пробы с антигеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). Скрининг туберкулеза проводили в том числе

с применением переносных цифровых рентгеновских аппаратов у нетранспортабельных больных. В 2021–2022 гг. выявлено 6 случаев активного туберкулеза без бактериовыделения в каждом из социальных домов (по 3 человека в 2021 и 2022 гг.). При обследовании контактных лиц в социальных домах за указанный период ЛТИ выявлена у 125 человек (13,4%, 95%ДИ 11,3–15,7%). Механизм распространения туберкулезной инфекции в очаге туберкулеза в условиях психоневрологического социального дома являлся веерообразным. У 85,7% пациентов ЛТИ выявлена в первый год наблюдения после выявления индексного больного, у 14,3% – во второй. Эффективность контролируемого превентивного лечения (изониазид и пиразинамид в течение 3 месяцев) у пациентов с ЛТИ составила 100% (в течение двух лет наблюдения случаев активного туберкулеза не выявлено).

Выводы

Распространенность ЛТИ среди пациентов социальных домов составила 13,4%. Скрининг туберкулеза у нетранспортабельных психоневрологических больных в социальных домах необходимо проводить с использованием переносных (палатных) цифровых рентгеновских аппаратов. Забор мокроты у пациентов трудноосуществим; оправдано активное применение методов иммунологической диагностики туберкулеза. Подтверждена эффективность двухкомпонентной превентивной терапии при выявлении латентной инфекции.

Халафова Эльвира Теймуровна, тел. 8-925-280-81-40, e-mail: Orudzhova.elvira@bk.ru

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МОНИТОРИНГА СЛУЧАЕВ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

Н.В. Мусаткина, Л.В. Мохирева, И.В. Ли-Чин-Вин, Ю.А. Просвирнина

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва

Введение

Эпидемиологический мониторинг – система контроля эпидемиологической ситуации на территории или в учреждении, реализованная преимущественно на основе полицейских регистров и предназначенная для учета и отчетности. Для регистрации всех случаев латентной туберкулезной инфекции (далее – ЛТИ) в г. Москве используется система управления базами медицинских данных (СУМБД) «Барклай-СВ», которая выполняет следующие задачи: регистрация впервые выявленных пациентов с ЛТИ, мониторинг распространения ЛТИ, анализ заболеваемости туберкулезом из ЛТИ, диспансерное наблюдение за пациентами с ЛТИ, в том числе оценка превентивной терапии на основе данных диспансерного слежения. Своевременная диагностика ЛТИ и проведение превентивной терапии являются важными задачами при выполнении поручения министра здравоохранения РФ от 07.02.2023 № 19 в

части реализации Плана действия по борьбе с туберкулезом для Европейского региона Всемирной организации здравоохранения на 2023–2030 гг.: снижение числа смертей от туберкулеза на 75% по сравнению с 2015 г.; снижение заболеваемости туберкулезом на 50% по сравнению с 2015 г.; проведение химиопрофилактики туберкулеза у лиц с ЛТИ в 95% случаев.

Цель исследования

Совершенствование раннего выявления ЛТИ среди взрослого и детского населения г. Москвы, своевременное проведение профилактических мероприятий для предупреждения новых случаев туберкулеза за счет реализации мониторинга выявления, регистрации, лечения, наблюдения за распространенностью ЛТИ на примере четырех административных округов города Москвы (Юго-Западного, Троцкого и Новомосковского, Центрального, Западного (далее – ЮЗАО, ТиНАО, ЦАО, ЗАО).

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе филиалов ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (далее – Центр) по ЮЗАО, ЦАО и ЗАО. Сбор и обработку информации осуществляли с использованием учетных форм: «Извещение о выявлении лица с впервые в жизни подтвержденным результатом положительной/сомнительной иммунологической пробы на туберкулез (ЛТИ)» (далее – Извещение) и «Карта наблюдения за лицом с впервые в жизни подтвержденным результатом положительной/сомнительной иммунологической пробы на туберкулез (ЛТИ)» (далее – Карта наблюдения). Учетные формы ЛТИ составлялись на основе информации, полученной из медицинской карты амбулаторного больного формы № 025/у-04. Полученные сведения внесены в регистр пациентов с ЛТИ на основе системы управления базами медицинских данных «Барклай-СВ».

Результаты исследования

С 01.06.2023 по 31.12.2023 на базе филиалов Центра по ЮЗАО, ЦАО и ЗАО внедрена пилотная система мониторинга распространения ЛТИ среди взрослого и детского населения, разработанная на основе Системы управления базами медицинских данных (СУМБД) «Барклай-СВ». Сведения в СУМБД вводились ретроспективно с 2018 г. (по работникам медицинских организаций); с января 2023 г. – по прочим категориям пациентов с ЛТИ. В имеющийся электронный ресурс на 01.09.2023 внесены данные о 2770 пациентах с ЛТИ, сведения по каждой из категорий ограничены введенной в регистр информацией. В структуре социально-профессиональной характеристики лица с ЛТИ распределились следующим образом: 1906 чел. – работники медицинских организаций, дети (0–17 лет) – 514 чел.; взрослые – 324 чел., не являющиеся работниками медицинских организаций. Из 514 детей в 61,3% случаев – учащиеся школ; 12,3% – неорганизованные дети дошкольного возраста; 3,7% – учащиеся средних профессионально-технических учреждений; 2,8% – дети дошкольного возраста, посещающие детские дошкольные учреждения; 1,0% – неорганизованные подростки; 0,4% – дети-инвалиды; 0,4% – не идентифицированные в программе; 0,2% – студенты высших учебных заведений. Из 324 зарегистрированных взрослых пациентов с ЛТИ в 27,2% случаев – неработающие трудоспособного возраста (безработные); 19,2% – пенсионеры по возрасту; 17,9% – служащие; 17,6% – рабочие; 13,4% – инвалиды; 4,8% – студенты и учащиеся учреждений высшего и среднего профессионального образования.

Возрастная характеристика лиц с ЛТИ у детей следующая: 22,6% – от 0–5 лет; 33,9% – 6–10 лет; 28,2% – 11–14 лет; 15,6% – 15–17 лет. Среди взрослых (без учета медицинских работников) 565 составили лица в возрасте 36–65 лет, среди медицинских работников с ЛТИ преобладала возрастная группа 41–60 лет (62,2%).

По месту регистрации дети с ЛТИ распределились следующим образом: постоянные жители г. Москвы – 88,0%; жители другой территории РФ – 6,0%; граждане иностранного государства (ближнее зарубежье) – 5,2%; граждане иностранного государства (дальнее зарубежье) – 0,8%. Среди 324 чел. взрослых представлены: постоянные жители г. Москвы – 69,6%; жители другой территории РФ – 16,5%; граждане иностранного государства (ближнее зарубежье) – 10,2%; граждане иностранного государства (дальнее зарубежье) – 2,5%; лица БОМЖ – 1,2%. Среди работников медицинских организаций: постоянные жители г. Москвы составили 58,6%; жители другой территории РФ – 40,4%; граждане иностранного государства (ближнее зарубежье) – 1,0%.

Среди работников медицинских организаций ЛТИ выявлено с помощью кожной пробы с препаратом «Аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении» (далее – АТР) в 85,0% случаев, методом Т-СПОТ-ТБ – 9,2%. Размер папулы у лиц с положительным результатом АТР составил: медиана – 15 мм; 25–75% межквартильный размах (50% случаев) – 12–20 мм. Из 834 других лиц с ЛТИ (взрослые и дети) с помощью пробы с АТР выявлено 90,8%, методом Т-СПОТ-ТБ – 0,5%; пробой Манту с 2 ТЕ – 12,2%. Медиана размера папулы у лиц с положительным результатом АТР составила 13 мм (интерквартильный размах 10–17 мм).

Заключение

Создание регистра случаев ЛТИ в трех филиалах ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» позволило улучшить мониторинг и повысить эффективность профилактических мероприятий среди пациентов с ЛТИ. Анализ и полученные результаты мониторинга выявления, лечения, наблюдения за распространенностью ЛТИ среди взрослого и детского населения г. Москвы являются основой для обоснования принятия управленческих решений по предупреждению распространения туберкулеза в г. Москве.

Мусаткина Надежда Валерьевна, тел. + 7 (925) 480-09-84, e-mail: vsemnjaetsja@yandex.ru

ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА

М.Х. Сайфулин¹, Е.Б. Вирина¹, Л.Г. Тарасова^{1,2}

¹ ГБУЗ АО «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Астрахань

² ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань

По поручению министра здравоохранения Российской Федерации от № 19 (07.02.2023) приняты региональные планы по борьбе с ТБ до 2025 г., в которых основными целевыми показателями являются: снижение числа смертей от туберкулеза на 75%; снижение заболеваемости туберкулезом на 50%; повышение эффективности лечения больных МЛУ/ШЛУ-ТБ до 80%; повышение до 95% уровня охвата профилактическими медицинскими осмотрами лиц из групп медицинского и социального риска по развитию туберкулеза; внедрение телекоммуникационных технологий дистанционного контроля за проведением химиотерапии туберкулеза. Для достижения данных показателей в первую очередь необходимо повышение приверженности больных к лечению.

С целью повышения доступности медицинской помощи больным туберкулезом и предотвращения отрыва от лечения Минздравом Астраханской области (АО) принято решение организовать пункты контролируемого приема противотуберкулезных препаратов в поликлиниках, наиболее близко расположенных к месту фактического проживания пациента. ГБУЗ АО «ОКПТД» с 2020 по 2021 г. открыты 17 кабинетов в поликлиниках города. Принят на работу средний медицинский персонал поликлиник, проведено лицензирование арендуемых помещений по оказанию первичной доврачебной медико-санитарной помощи по сестринскому делу в амбулаторных условиях. Таким образом, решена проблема доступности медицинской помощи для эпидемически неопасных больных туберкулезом на этапе долечивания. За 2022 г. в кабинетах получили лечение 235 человек, все эффективно закончили курсы терапии и переведены в 3 группу диспансерного наблюдения.

Стационар на дому предназначен для обслуживания пациентов, которые, имея сопутствующую патологию, ограничены в передвижении. Врач и медицинская сестра ежедневно выезжают к пациентам, проводят осмотр, доставляют препараты, осуществляют забор анализов. Таким образом, возможны проведение специальной терапии, обследования и наблюдение узких специалистов в домашних условиях, а также психологическая работа с семьей пациента. С 2015 г. в Астраханской области при амбулаторном отделении, обслуживающем городское население, стали функционировать койки стационара на дому. Среди обслуживаемых преобладают мужчины в возрасте старше 55 лет; в структуре сопутствующей патологии, препятствующей активному передвижению пациентов, преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, ХОБЛ, заболевания нервной системы. За 2020 г. пролечено

62 чел., 2021 г. – 49 чел., 2022 г. – 42 чел. Число лиц, получающих лечение по режимам МЛУ-ТБ, колеблется в пределах 50–65,3–52,4%. Отмечается высокая приверженность пациентов к лечению в данных условиях.

Лечение в дневном стационаре имеет ряд преимуществ для пациента и для противотуберкулезного учреждения: сокращение сроков диагностических мероприятий, пребывание большей части суток дома, в семье; исключение стрессовой ситуации, связанной с госпитализацией в обычные стационары; подбор медикаментозной терапии на фоне обычного ритма жизни, не требующей дальнейшей адаптации; возможность получения инфузионной комплексной терапии. Лекарственное обеспечение больных туберкулезом в условиях дневного стационара осуществляется в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан АО бесплатной медицинской помощью. С целью повышения приверженности к лечению пациенты обеспечиваются питанием в форме сухого пайка, предоставляемого один раз в неделю в виде продуктового набора. Койки дневного пребывания функционируют при амбулаторном отделении с января 2021 г., на 2023 г. имеется 60 коек при взрослом отделении и 40 – при детском. Пролечено за 2021 г. 264 взрослых, за 2022 г. – 302 взрослых, 203 детей. С пациентами, находящимися на лечении в амбулаторных условиях и в дневном стационаре, проводится ежедневная работа медицинского психолога в случаях потребности в психологической помощи: при преодолении стресса при постановке диагноза; социальных проблемах (информирование родных и близких, возможность социальных контактов); страхе потерять работу; проблемах материального характера; тревожно-депрессивном расстройстве при длительном лечении; страхе оперативного вмешательства, страхе смерти. Консультации (в 2022 г. – 595) эффективны, т.к. вовремя распознается пониженный эмоциональный фон, нежелание лечения или снижение мотивационного потенциала, маскированная депрессия. Мужчины чаще обращаются за помощью (61,8%); доля повторных обращений отличается незначительно (40,9% – мужчины и 44,1% – женщины).

С 2011 г. в ГБУЗ АО «ОКПТД» работает штатный социальный работник. В его функции входят поиск и вызов пациентов, освободившихся из мест лишения свободы; содействие в поиске пациентов, оторвавшихся от лечения; помощь в оформлении документов (паспорт, СНИЛС, медицинский полис, ИНН), защите прав и законных интересов, поддержании социального, психологического, физического статуса пациента. Это играет

важную роль в обеспечении эффективности лечения и реабилитации больных, их социальной адаптации, возвращении к трудовой деятельности.

В случаях неоднократного нарушения больными санитарно-эпидемиологического режима, умышленного уклонения от обследования и лечения туберкулеза решается вопрос о госпитализации в специализированный противотуберкулезный стационар в недобровольном порядке. Так, за 2022 г. и текущий период 2023 года подано 80 заявлений в суд о необходимости госпитализации граждан в недобровольном порядке; до принятия решения суда (добровольно) госпитализировано 4 человека. В оставшихся 76 случаях вынесено положительное решение суда, в 46 – решение суда исполнено. Ведется систематическая работа по информированию службы судебных приставов о фактах нарушения режима пациентами, госпитализированными по решению суда, фактах самовольных уходов, неисполнения решений суда.

Благодаря проводимым мероприятиям актуальная территориальная смертность от туберкулеза в АО составляет 5,9 на 100 тыс. населения, что на 53,9% меньше, чем в 2019 г. (снизилась с 12,8 до 5,9 на 100 тыс.). Доля эффективно пролеченных пациентов по режимам лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза за последние четыре года увеличилась с 74,9 до 77%, по режимам лечения туберкулеза с множественной, широкой и широкой лекарственной устойчивостью – с 54,8 до 68% (в этой группе доля лиц, прервавших лечение, уменьшилась почти в три раза, с 21 до 7,8%).

Вирина Елена Борисовна, тел. 8-917-181-98-90, e-mail: virina-e@mail.ru