



Департамент здравоохранения г.Москвы
ГКУЗ Московский научно-практический центр
борьбы с туберкулезом
Межрегиональная общественная организация
“Московское общество фтизиатров”



МАТЕРИАЛЫ ГОРОДСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ИТОГИ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ»

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 5 сентября 2013 г. № 946-р 14 и 15 ноября 2013 г. состоялась Городская научно-практическая конференция с международным участием «Итоги реорганизации противотуберкулезных учреждений в городе Москве».

В этом номере журнала вниманию читателей представлены поступившие в адрес Оргкомитета конференции тезисы, посвященные эпидемиологии, организации противотуберкулезной помощи и проблемам лечения больных туберкулезом, а также туберкулезу у детей и подростков.

При подготовке публикации проведена только техническая редакторская правка; термины и дефиниции сохранены в авторской редакции.

Редакционная коллегия

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.С. Баласанянц, В.Б. Галкин, Е.А. Торкатюк

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России»

Основной задачей противотуберкулезной службы является защита населения от туберкулезной инфекции. Отсутствие контроля над приемом противотуберкулезных препаратов, необоснованная индивидуализация режимов терапии, частые перерывы в лечении сопровождаются ростом лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ), что создает значительные сложности в лечении следующих поколений больных туберкулезом.

Цель исследования

Изучить распространение лекарственно устойчивых МБТ среди впервые выявленных больных туберкулезом в г. Санкт-Петербурге (СПб) и Ленинградской области (ЛО) до начала лечения.

Материалы и методы

Объект исследования – сведения о лекарственной чувствительности (ЛЧ) МБТ, полученные в 2012 г. из микробиологических лабораторий СПб и ЛО (результаты посевов на среду Левенштейна-Йенсена с определением ЛЧ МБТ методом абсолютных концентраций, исследования с помощью системы ВАСТЕС MGIT-960 и молекулярно-генетическим методом). Население выбранных субъектов Российской Федерации составляет две трети населения Северо-Западного федерального округа. Кроме того, СПб – второй мегаполис России, а расположение ЛО вокруг города способствует постоянному перемешиванию населения. В 2013 г. авторами осуществлены выезды в противотуберкулезные учреждения СПб, что позволило аргументировано интерпретировать полученные лабораторные данные. Анализ некоторых эпидемических показателей по отчетным формам 8 и 33, а также форме 7-ТБ, обнаружил факты, указывающие на неполное выявление бактериовыделителей в СПб. В то же время, среди выявленных больных, как в СПб, так и в ЛО, исследование ЛЧ МБТ осуществляли в достаточном объеме: в СПб – 94,1% и 96,1%, в ЛО – 89,5% и 92,7% (по форме 7-ТБ за 2011 и 2012 гг. соответственно).

Результаты и обсуждение

Из впервые выявленных в СПб 353 больных туберкулезом до начала лечения, более чем у половины выделены сохранившие ЛЧ МБТ (55,8%). ЛУ МБТ распределилась следующим образом: 6,2% составили монорезистентные (МР) МБТ, 14,7% – полирезистентные (ПР), 23,2% – МБТ множественной ЛУ (МЛУ), в т. ч. 2,5% (9 культур) – с широкой ЛУ (ШЛУ). В ЛО у 647 впервые выявленных больных туберкулезом до начала лечения сохранившие ЛЧ МБТ были выделены в 64,9% случаев, МР МБТ определяли в два раза реже – 3,1% ($p < 0,001$), ПР – 9,4%, доля МЛУ МБТ составила 22,6%, ШЛУ МБТ – несколько меньше, чем в СПб (1,1% – семь культур).

В целом, среди больных-бактериовыделителей, у которых была исследована ЛЧ МБТ, в СПб доминировали устойчивость к изониазиду (H) – 39,4% и к стрептомицину (S) – 37,7%. Значительно реже фиксировали устойчивость к рифампицину (R) – 23,8%, что совпадало с данными по МЛУ. Устойчивость к этамбутолу (E) и канамицину (K) регистрировали с одинаковой частотой (соответственно, 15% и 14,4%), устойчивость к фторхинолонам (Fq) была на уровне 5,9%, обращала внимание достаточно высокая ЛУ МБТ к таким резервным препаратам, как ПАСК (Pas) – 6,8% и циклосерин (Cs) – 4,5%. В ЛО чаще всего отмечали ЛУ к S (35,1%), H- и R-устойчивые штаммы МБТ регистрировали, соответственно, в 29,2% и 25,3%. Устойчивость к E была в этой группе наиболее низкой – 0,9% (шесть культур). Из препаратов II ряда чаще всего отмечена устойчивость к K (13,5%) и этионамиду (Et) – 9,6%, остальные варианты ЛУ встречались у единичных культур МБТ.

Учитывая результаты выездов в противотуберкулезные учреждения СПб, можно утверждать, что высокий уровень устойчивости к K и другим препаратам резервного ряда обусловлен частым и необоснованным включением K и Fq в режимы химиотерапии. В этой связи, высокий уровень устойчивости к K в ЛО должен быть осмыслен с позиций качества оказания помощи.

Исследование структуры ЛУ обнаружило, что в СПб выделено 22 штамма МБТ с МР, в основном – культуры, устойчивые к H (девять – 40,9%) и S (10 – 45,5%). Среди МБТ с ПР (52 штамма) большинство были устойчивы к сочетанию HS (29-55,8%), к сочетанию HSE ЛУ отмечена в 5 случаях (9,6%). Среди других комбинаций привлекало внимание сочетание ЛУ к препаратам основного ряда и к K (9,6%), Fq (11,5%) и Et (5,8%). Вызывает тревогу тот факт, что среди ПР культур МБТ ЛУ к сочетанию четырех и более препаратов отмечена в 15,4% случаев, что можно охарактеризовать как «подготовку» к развитию ШЛУ.

При МЛУ МБТ (82 штамма МБТ) ЛУ только к препаратам первого ряда отметили у 29,3% культур (в основном, к сочетанию HRS), сочетание ЛУ к препаратам основного ряда (как правило, HRSE) и к K – у 47,6%, к Fq – у 6,1%. ШЛУ МБТ составила 11% от всех случаев МЛУ МБТ. Отмечена также высокая устойчивость МБТ с МЛУ к Et (12,2%), Pas (22,0%) и Cs (15,9%), что достоверно выше, чем к Fq ($p < 0,002$). В целом, в СПб при МЛУ МБТ устойчивость только к сочетанию HR отмечена в двух случаях, устойчивость только к препаратам первого ряда – у 29,3%, ШЛУ – у 11,0%, пре-ШЛУ – у 59,7%.

В ЛО МР МБТ отмечена только при ЛУ к S (20 штаммов). Среди ПР МБТ (61 штамм) большинство были устойчивы только к препаратам основного ряда (69,2%, в основном, HS). Сочетание ЛУ к основным химиопрепаратам и к K отмечена у 9,6%, к Fq – у 7,4% культур МБТ. Следует отметить, что у шести больных ЛО, в отличие от СПб, выявлена ЛУ к сочетанию RS, у четырех культур отметили устойчивость к RSKet, а у шести – к RSEK и RSEFq, что с со-

временной точки зрения можно отнести к пре-ШЛУ МБТ. Устойчивость к четырем и более ПТП была зафиксирована в 15,4% случаев.

МЛУ МБТ (146 культур) в ЛО была распределена следующим образом: МЛУ только к препаратам основного ряда – 39,1%, пре-ШЛУ к K – 47,9%, пре-ШЛУ с Fq практически отсутствовала (одна культура). ШЛУ составила 4,8% от всех случаев МЛУ МБТ. Привлекло внимание широкое распространение штаммов МБТ с сочетанием МЛУ и ЛУ к Et (20,5%). В целом, в ЛО МБТ с «чистой» МЛУ (только HR) не выявлено, сочетание МЛУ с ЛУ только к препаратам основного ряда (в основном – HRS) отмечено в 39,1%, ШЛУ – в 4,8%, пре-ШЛУ – в 56,1% случаев МЛУ МБТ.

Заключение

Изучение феномена ЛУ МБТ в СПб и ЛО обнаружило значительный уровень устойчивости к препаратам резервного ряда, в первую очередь, к K в СПб, обусловленный дефектами в организации химиотерапии, что подтверждено результатами проверочных выездов в противотуберкулезные учреждения города. В этой связи, рост числа K-устойчивых культур в ЛО указывает на необходимость тщательного изучения организации лечения в территории. Вызывает тревогу сдвиг ЛУ МБТ за пределы классических представлений о множественной устойчивости (распространение пре-ШЛУ). В этой связи многократно возрастает потребность в быстрой и максимально полной оценке спектра ЛУ для назначения соответствующего режима химиотерапии каждому отдельно взятому больному.

Баласанянц Гоар Сисаковна, тел. 8-911-294-05-79, e-mail: balasanjanz@mail.ru

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПОЗДНЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

*В.А. Болотникова, К.М. Яворский, О.С. Емельянов, А.Г. Брумари, Н.Н.Наливайко, Е.В. Бурдух
ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова*

Эпидемиологическая и социальная значимость, ряд клинических особенностей поздно выявленного туберкулеза легких (ТБЛ), ухудшающих прогноз и требующих больших материальных затрат, являются предметом пристального внимания в последние годы. Актуализируют и усугубляют эту проблему такие показатели, как инвалидность вследствие туберкулеза и смертность, которые являются критериями качества мероприятий по выявлению и лечению туберкулеза. Поэтому поиск новых путей и методологических подходов в управле-

нии противотуберкулезной помощью населению является целесообразным и остается приоритетной задачей органов здравоохранения.

Цель исследования

Анализ случаев поздно выявленного туберкулеза легких и интенсификация организации выявления и диагностики.

Материалы и методы

Изучена медицинская документация 206 больных (новые случаи) с поздно выявленным ТБЛ. У подавляющего

большинства (85,3%) заболевание было выявлено при обращении с жалобами. В структуре клинических форм доминировал инфильтративный ТБЛ с наличием массивного бактериовыделения, деструкцией легочной ткани и диссеминацией.

Результаты и обсуждение

В связи с тем, что во фтизиатрии существуют различные точки зрения на определение случаев позднего выявления ТБЛ и дефиниция эта до настоящего времени остается дискуссионной, нами были выделены следующие группы:

- больные, у которых диагноз ТБ установлен посмертно;
- больные с фиброзно-кавернозным, диссеминированным, в т.ч. генерализованным, ТБ;
- больные инфильтративным ТБЛ в фазе распада и бактериовыделения;
- больные, умершие от ТБ в течение первого года диспансерного наблюдения.

Среди причинных факторов позднего выявления ТБЛ наиболее значимыми являлись: пол (мужчины составили 77,7%), низкий образовательный уровень (39,1%), плохие материально-бытовые условия жизни

(67,0%), хронический алкоголизм, нерегулярность флюорообследования декретированных контингентов и лиц из групп риска, позднее обращение к врачу и несвоевременное направление к фтизиатру. Особого внимания в этом плане требуют лица БОМЖ, мигранты, не работающие, бывшие заключенные, лица, не имеющие полиса медицинского страхования, сельские жители. Несомненно, на частоту встречаемости запущенных форм ТБЛ, их течение и исход оказывают влияние недостатки организационно-методического характера, отсутствие должного межведомственного взаимодействия в противотуберкулезной работе. Остроту проблемы поддерживает все увеличивающаяся доля больных из социальных групп риска и неблагоприятные исходы ТБЛ у них (по сравнению с другим населением).

Заключение

На основании вышеизложенного можно полагать, что перспективным направлением оптимизации борьбы с ТБЛ является совершенствование скрининга в различных группах риска. Очевидно, что нужны новые подходы к их формированию и повышению уровня мотивации населения к профилактическим обследованиям.

Болотникова Валентина Андреевна, Республика Молдова, г. Кишинев, тел. 022-572-354

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ТРЕБУЮЩИМИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.В. Бурсиков¹, А.В. Ощепкова², Е.Г. Ефимова¹

В соответствии с планом реструктуризации системы оказания медицинской помощи населению Ярославской области, в ГУЗ ЯО «ОКТБ» создано отделение для лечения туберкулеза органов дыхания у взрослых больных с психическими расстройствами, требующими лечения в психиатрическом стационаре общего типа. В 2012 г. в штате отделения из специально обученных медсестер создана мобильная бригада, осуществляющая выявление больных активным туберкулезом среди пациентов психиатрических больниц и лиц, проживающих в психоневрологических интернатах, путем скринингового обследования с постановкой пробы с препаратом ДИА-СКИНТЕСТ®. Проба дополняла общепринятую программу обследования на туберкулез больных с психическими расстройствами.

Пациентов с положительной пробой направляли в специализированное отделение туберкулезной больницы для дообследования и лечения. По результатам комплексного обследования в 2010 г. в отделение госпитализировано 27 чел., в 2011 г. – 30 чел., в 2012 г. – 35 чел.

Для этих больных были характерны преобладание социальных проблем и долгосрочных целей лечения, необходимость одновременного контроля эффективности лечения туберкулеза и психического расстройства. В ходе оказания помощи требовалась изоляция больных не только по психиатрическим, но и по эпидемиологическим (инфекционным) показаниям. В этом случае медицинский персонал отделения, в первую очередь медицинская сестра, становится для больного, в пределах своей компетентности, также психологом и воспитателем,

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России»

² ГБУЗ Ярославской области «Областная клиническая туберкулезная больница»

обучает пациента, помогает ему вырабатывать навыки правильного питания, сбора анализов, личной гигиены при туберкулезе органов дыхания. Для совершенствования организации и повышения эффективности сестринского раздела медицинской помощи на базе отделения выполнена дипломная работа (по специальности «Сестринское дело») на факультете менеджмента и высшего сестринского образования Ивановской государственной медицинской академии.

Информация об исходной ситуации в отделении получена методом наблюдения и анализа журнала сестринских наблюдений за 80 пациентами. Среди них мужчины составили 97,5%, у 49% больных выявлено бактериовыделение, а 26% выделяли микобактерии с лекарственной устойчивостью, в том числе 11% – с множественной лекарственной устойчивостью. Среди психических расстройств были представлены шизофрения (60%), органические заболевания головного мозга (19%), умственная отсталость (14%), эпилепсия (7%). Беспокойство отмечено у 33,8% больных, депрессия – у 7,5%, чувство отчаяния и безысходности – у 5%, эмоционально-волевые нарушения – у 21,3%, нарушения восприятия – у 13,8%, бредовые идеи – у 8,8%, нарушение воспроизведения настоящих и прошлых событий – у 3,8%, тенденция к агрессии – у 6,3% пациентов. Кроме того, проведен опрос потребностей пациентов в повседневной жизни (по В. Хендерсон). У 79% пациентов оказались неудовлетворенными потребности отправлять религиозные обряды, 59,7% человек хотели бы получать информацию о своей болезни, 54,2% выразили желание принимать участие в играх и развлечениях, 29,2% отметили одиночество, социальную изоляцию, недостаток общения, 26,2% – нарушение двигательной активности, 26,4% – недостаток питания, 23,6% – угрозу собственной безопасности, 22,2% – невозможность выполнения гигиенических

процедур и неспособность следить за своим внешним видом, 8,3% – нарушение способности самостоятельно раздеваться и одеваться. Неуважительное отношение со стороны окружающих (в том числе и медперсонала) отметили 25% больных.

Не исключено, что проблемы образа жизни пациентов отразились на структуре летальности. Так, причинами смерти пациентов стали: в 2010 г. – острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, прогрессирование туберкулезного процесса; в 2011 г. – острый инфаркт миокарда, цереброваскулярная болезнь, злокачественное новообразование, прогрессирование туберкулезного процесса. Совершенствование сестринского процесса (повышенное внимание к больным, строгий контроль процедур по самообслуживанию и личной гигиене, тщательное мониторирование артериального давления, постоянное сопровождение больных, оперативное информирование врачей об изменениях в состоянии пациентов) позволило устранить многие проблемы пациентов, возникающие из-за нарушенных потребностей. Среди причин смерти пациентов в 2012 г. не фигурировали острый инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, отмечены единичные случаи пневмонии, язвенной болезни, эпилепсии, чаще летальные исходы наступали вследствие прогрессирования опухолевого или туберкулезного процесса.

Выписывали пациентов для продолжения лечения в психиатрическом стационаре при прекращении бактериовыделения, получении положительной клинко-рентгенологической динамики, исчезновении признаков активности туберкулезного процесса. В 2010 г. средняя длительность пребывания в отделении впервые выявленных выписанных больных туберкулезом составила 215,3 дня, в 2012 г. – 182,7 дня.

Ефимова Елена Геннадьевна, тел. 8-910-981-40-24, e-mail: elena-efimov@yandex.ru

ВЫВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Е.Г. Ефимова¹, О.В. Логинова²

Цель исследования

Уточнить особенности выявления туберкулеза (ТБ) у лиц с девиантным поведением.

Материалы и методы

Проведено когортное клиническое исследование, включавшее ретроспективный анализ историй болезни

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России»

² Ивановский филиал ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина», г. Иваново

пациентов с девиантным поведением, госпитализированных в Ивановскую областную туберкулезную больницу и закончивших лечение в течение 2011 г. Методом сплошной выборки (с участием студентов Ивановской государственной медицинской академии) отобраны истории болезни 70 больных. Первую группу составили 25 чел., систематически употреблявших спиртные напитки, наркотические вещества и имевших влечение к ним, которые страдали ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий (МБТ) и ВИЧ-инфекцией. Во вторую группу вошли 45 ВИЧ-негативных больных ТБ с МЛУ МБТ и с систематическим употреблением спиртных напитков и влечением к ним. Все пациенты были осмотрены наркологом.

Результаты

У больных I группы, имевших больше проблем, изменяющих образ жизни, первичная МЛУ МБТ зарегистрирована в 44% случаев, во II группе – у 24,5% пациентов. У 64,0% больных I группы ВИЧ-инфекция выявлена раньше, чем диагностирован активный ТБ органов дыхания, а у остальных – в ходе планового скринингового тестирования в начале лечения ТБ. Большинство лиц из I группы – городские жители 26-30 лет, не работающие и не состоящие в браке, 40,0% составили женщины. Во II группе преобладали мужчины 36-45 лет и женщины 36-40 лет, работающие, состоявшие в официально зарегистрированном браке. Каждый пятый из ВИЧ-позитивных пациентов во время лечения продолжал употреблять наркотические вещества, одна треть больных обеих групп – алкогольные напитки, несмотря на регулярные беседы врача психиатра-нарколога.

Среди сопутствующих инфекционных заболеваний в I группе вирусный гепатит В имел место у 44,0%, гепатит С – у 40,0% больных.

На момент выявления (и поступления в больницу) у 52,0% больных I группы и 64,6% пациентов II группы отмечено массивное бактериовыделение. Положительный результат пробы с препаратом ДИАСКИНТЕСТ® отмечен в 42,2% и 44,0% случаев, соответственно.

В I группе очаговый и инфильтративный ТБ выявили у больных с ранними стадиями ВИЧ-инфекции; диссеминированный ТБ, туберкулезный плеврит, ТБ почек, туберкулезный менингит – у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Среди пациентов I группы было пять (20,0%) больных очаговым ТБ и отсутствовали случаи фиброзно-кавернозного туберкулеза, среди ВИЧ-негативных лиц (II группа) был один пациент (2,2%) с очаговым ТБ и четыре (8,8%) больных фиброзно-кавер-

нозным ТБ. Взаимосвязей между клинической формой ТБ и готовностью к изменению образа жизни не выявлено, хотя большинство (80,0%) больных лечились по поводу ТБ не первый раз.

В обеих группах ведущим путем выявления больных было обследование при обращении с симптомами заболевания к участковому терапевту (в 48,0% и 40,0% случаев в I и II группе соответственно) или в ходе стационарного лечения в учреждениях общей лечебной сети (24,0% и 24,5%). При профилактических осмотрах выявлено 16,0% и 15,5% пациентов, что равнозначно доле больных, выявленных в учреждениях ФСИН России.

Ни один из больных ВИЧ-инфекцией при появлении кашля с мокротой, одышки, гипертермии, свищей в области периферических лимфатических узлов, болей в животе не обратился для обследования в ВИЧ-центр или к фтизиатру, в консультативную поликлинику противотуберкулезного диспансера. Химиопрофилактику ТБ у больных I группы не проводили. В ходе лечения в стационаре больные I группы имели большее количество перерывов в приеме противотуберкулезных препаратов.

Заключение

Сложность привлечения к диспансерному наблюдению, химиопрофилактике и лечению ТБ лиц с девиантным поведением, не имеющих социальных связей в обществе, не заинтересованных в социализации и в восстановлении работоспособности, несомненна.

Гуманитарная позиция коммуникативной компетенции врачей и средних медицинских работников противотуберкулезной службы в системе ценностей коммуникативной реальности представителей социокультурной группы больных ТБ с девиантным поведением принимается, но не всегда ведет к изменению образа жизни. Продолжение такими больными сформированного до болезни образа жизни и в период стационарного лечения, сочетающееся с действием вирусов гепатитов В, С на клетки печени, не только затрудняет проведение полноценного курса лечения ТБ, но и определяет прогрессирование энцефалопатии, которая исключает эффективные комплаентные отношения медицинского персонала и больных, возможность обучения больных. Все это обуславливает особенности выявления ТБ, вызванного МБТ с МЛУ, у лиц, систематически употребляющих спиртные напитки и/или наркотические вещества и имеющих влечение к ним, нарушающее социальные отношения больных.

ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ХАРАКТЕР ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МБТ В ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ

Ю.Ю. Киселева, Б.Я. Казенный, Е.В. Кирьянова

БУЗ Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер»

В начале XXI века происходило активное изменение подходов к организации выявления и ведения больных туберкулезом (ТБ) в Орловской обл., связанное с внедрением новых нормативных документов, регламентирующих противотуберкулезную работу (Приказ Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», Приказ Минздрава России № 50 от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» и другие). В результате проведенных преобразований удалось коренным образом переломить эпидемическую ситуацию по ТБ в регионе. Изучение изменений основных показателей позволит оценить влияние проведенной масштабной реорганизации противотуберкулезной работы на развитие эпидемиологического процесса и на уровень и динамику лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) в Орловской обл.

Цель исследования

Анализ основных эпидемических показателей (заболеваемости, смертности и распространенности) в период внедрения и активного использования стандартных режимов химиотерапии и мониторинга ТБ, а также характера и динамики ЛУ МБТ в регионе в этот период.

Материалы и методы

Изучены два периода: период внедрения стандартных режимов химиотерапии – 2003-2004 гг. и период их широкого и активного применения – 2007-2008 гг. Использованы данные официальной статистической отчетности (ф. № 8, № 33 и др.)

Результаты

К 2003 г. в Орловской обл. показатель заболеваемости ТБ – 60,9 на 100 тыс. населения – был значительно ниже, чем в целом по России (82,7). В дальнейшем продолжилось постепенное неуклонное снижение числа вновь выявленных (ВВ) больных ТБ и в 2008 г. показатель заболеваемости составил 57,4 на 100 тыс. населения (по России – 85,1). На фоне снижения общей заболеваемости менялась и структура показателя. В 2003 г. доля неработающих граждан составила 46,6%, а в 2007 г. выросла до

54,7% ($p<0,05$), причем достоверно снизилась доля работающих больных: с 30,8% в 2003 г. до 23,7% в 2008 г. ($p<0,05$). Заболеваемость ТБ мужчин на протяжении всех периодов была выше, чем женщин, причем соотношение полов практически не изменилось: в 2003 г. соотношение мужчин и женщин составляло 2,3, в 2008 г. – 2,2. Что касается возрастных особенностей, то установлено, что в 2003-2004 гг. чаще заболевали ТБ лица старше 35 и младше 54 лет, а в 2007-2008 гг. заболеваемость ТБ была выше в возрастной группе 25-44 лет. Во всех анализируемых периодах отмечены различия в заболеваемости мужчин и женщин в различных возрастных группах. Так, для мужского пола наиболее характерным возрастом выявления ТБ был промежуток 35-44 года (25,2% случаев) и 45-54 года (26,8%). У женщин ТБ чаще выявляли в возрасте 25-34 (22,9% случаев) и старше 65 лет (27,1%). В клинической структуре заболеваемости выявлено снижение доли диссеминированного ТБ легких с 23,4% в 2003 г. до 11,9% в 2008 г. ($p<0,05$), одновременно зафиксирован рост доли инфильтративного ТБ: с 37,6% в 2003 г. до 45,9% в 2008 г. ($p<0,05$). Также отмечено сокращение заболеваемости ТБ органов дыхания с бактериовыделением, определенным методом микроскопии мокроты, среди всех ВВ больных (ф. № 8): с 31,6% в 2003 г. до 25,9% на 100 тыс. в 2008 г. ($p<0,05$).

Регистрируемый показатель смертности от ТБ в Орловской обл. на протяжении всех анализируемых лет был в 3,5 раза ниже, чем показатель в целом по Российской Федерации и в 2008 г. составил 5,1 на 100 тыс. населения (в среднем по России – 17,9, $p<0,05$). Также зарегистрировано уменьшение суммарной доли фиброзно-кавернозного, диссеминированного ТБ и казеозной пневмонии в общей клинической структуре умерших с 98,3% в 2003 г. до 81,0% в 2008 г. ($p<0,05$). Соотношение умерших от ТБ мужчин и женщин суммарно за четыре анализируемых года составило 3,7:1 (для заболеваемости такое соотношение в среднем равно 2,3:1).

После пересмотра контингентов, состоящих на учете и под наблюдением противотуберкулезных учреждений, в 2004 г. рассчитываемое значение распространенности

ТБ в Орловской обл. уменьшилось. В 2003 г. этот показатель составлял 207,6 на 100 тыс., а к 2008 г. он снизился до 98,3 на 100 тыс. населения ($p < 0,05$). Причем, если в 2003-2004 гг. распространенность ТБ в Орловской обл. была ниже общероссийских показателей в 1,3 раза, то к 2008 г. различие выросло до 1,9 раз. На фоне снижения общей распространенности, зарегистрировано уменьшение распространенности фиброзно-кавернозного ТБ – с 12,6 в 2003 г. до 3,8 на 100 тыс. населения в 2008 г. ($p < 0,05$) и бациллярных форм ТБ – с 96,5 в 2003 г. до 33,3 на 100 тыс. в 2008 г. ($p < 0,05$). Соотношение распространенности и заболеваемости бациллярными формами ТБ, которое в 2003 г. составляло 2,5, к 2008 г. снизилось до 1,0.

В 2003 г. любую ЛУ МБТ имели 16,0% ВВ пациентов, а к 2008 г. доля ЛУ штаммов выросла до 24,0% ($p < 0,05$). Среди больных с рецидивом ТБ доля МБТ с ЛУ в 2003 г. была выше, чем у ВВ больных (38,5%) и также возросла к 2008 г. до 69,0% ($p < 0,05$). Наиболее серьезную клиническую и организационную проблему представляет собой множественная ЛУ (МЛУ). Согласно данным отчетной формы № 33, отмечен статистически недостоверный рост доли МЛУ среди ВВ больных ТБ органов дыхания с бактерио-выделением с 3,0% в 2003 г. до 4,9% в 2008 г. ($p > 0,05$). При

этом имело место достоверное увеличение доли ТБ с МЛУ МБТ среди контингентов – с 15,4% в 2003 г. до 28,9% в 2008 г. ($p < 0,05$). Среди больных с рецидивом ТБ зарегистрирован наибольший прирост доли штаммов с МЛУ – она выросла к 2008 г. в 2,1 раза по сравнению с уровнем 2003 г. ($p < 0,05$), став в среднем в 6 раз выше (31,6%), чем среди ВВ пациентов (5,3%, $p < 0,05$).

Заключение

Активное проведение противотуберкулезных мероприятий в Орловской обл. в начале 2000-х годов XXI века значительно улучшило эпидемическую ситуацию по ТБ. Определилась достоверная тенденция к снижению показателя заболеваемости ТБ, некоторое снижение показателя смертности от ТБ, достоверно снизился показатель распространенности ТБ. Однако остро встает проблема ТБ с МЛУ МБТ, как среди ВВ больных, так, в особенности, и среди больных с рецидивами заболевания. Это указывает на необходимость дальнейшего совершенствования организационной работы и принятия активных мер по сдерживанию эпидемии ТБ с МЛУ МБТ, в том числе за счет усовершенствования подходов к химиотерапии.

Киселева Юлия Юрьевна, тел. 8-920-828-43-31, e-mail: iulenska-k@yandex.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.В. Корниенко, В.Д. Леликова, И.В. Иконина, Д.В. Таран

КУЗ Воронежской области «Воронежский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.С. Похвисневой»

Пациенты, страдающие туберкулезом (ТБ) и имеющие сопутствующие медицинские и социальные факторы риска, чаще имеют перерывы в лечении и, как результат, негативные исходы курсов химиотерапии (ХТ) – неэффективное лечение, смерть, прерывание лечения. С 2011 г. КУЗ ВО ВОКПТД совместно с организацией «Партнеры во имя здоровья» реализует проект «Пациент-ориентированное сопровождение».

Цель проекта

Улучшить приверженность к лечению и исходы ХТ социально-дезадаптированных пациентов в г. Воронеже посредством реализации мероприятий, ориентированных на нужды пациентов.

Целевая группа. Пациенты, страдающие ТБ с МЛУ МБТ, независимо от сроков лечения, у которых иные мероприятия по привлечению к лечению оказались неэффективными и доля принятых суточных доз противо-

туберкулезных препаратов до включения в проект составляла менее 70%.

Методика

Медицинские сестры на выделенном автомобиле обеспечивают полностью контролируемое лечение в удобном для больного месте и в удобное время 6 дней в неделю. Если больной отсутствует, медработники прилагают усилия по его поиску и привлечению к лечению. Основная мотивация приема медикаментов осуществляется посредством ежедневной выдачи продуктовых наборов. Социальный работник активно выявляет факторы риска при включении пациента в проект и оказывает ему поддержку при решении различных вопросов. За счет проекта также в полном объеме осуществляется купирование побочных эффектов, а выделенный нарколог купирует соответствующую сопутствующую патологию.

Результаты

За 2011-2012 гг. в проект включено 87 пациентов, из которых имели постоянную работу только 8,0%. Из включенных в проект больных 79,0% имели гепатит различного генеза, у 61,0% был установлен диагноз «алкогольная зависимость» и у 15,0% – «наркотическая зависимость». 56,0% больных прошли ранее, по меньшей мере, один курс ХТ, из которых 43,0% закончились досрочным прерыванием лечения. У 53,0% пациентов имело место подтвержденное посевом мокроты бактериовыделение, только 32,0% получали лечение по I стандартному режиму ХТ, остальные – по IV или IIa режиму. 71 пациент (81,6%) к моменту включения в проект уже проходили курс ХТ, но приверженность к лечению составляла только, в среднем, 65,0%, которая затем (во время лечения в рамках проекта) возросла до 81,5%. У пациентов, привлеченных в проект с самого начала курса лечения, приверженность составила 87,0%.

Из 87 пациентов прекращение бактериовыделения достигнуто у 78 (89,7%), что выше среднего областного (83,8%) и среднего по России (69,5%) показателей. Из 87 пациентов у 67 (77,0%) зарегистрированы исходы курсов ХТ, из них 71,6% – «излечены», у 12% лечение было неэффективным и только 6% прервали лечение. В г. Воронеже доля больных ТБ с МЛУ МБТ, прекративших выделять МБТ, среди всех выбывших, переставших выделять МБТ и умерших, составила в 2012 г. 60,0% (в 2009-2011 гг. – 35-41%).

Выводы

В результате излечения самой неблагоприятной в социальном плане группы больных, являющихся главным источником инфекции, в ближайшей перспективе ожидается реальное улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории г. Воронежа.

Леликова Вера Дмитриевна, тел.: 8-(473)-237-28-97, 8-951-543-14-47, e-mail: sekr@gpd.vsi.ru

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА

Л.М. Милеева

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Минздрава России»

Туберкулез легких (ТБЛ) в местах лишения свободы является одной из самых острых медицинских проблем. Ежегодно в следственные изоляторы (СИЗО) ФСИН России поступают больные, которые ранее не обращались за медицинской помощью и не находились под наблюдением гражданского сектора здравоохранения. Впервые выявленные больные ТБЛ в СИЗО – это лица, заболевшие туберкулезом (ТБ) еще до поступления в следственный изолятор. Частота впервые выявленного ТБЛ в СИЗО во многом определяется распространенностью данного заболевания среди гражданского населения.

Цель исследования

Изучить особенности ТБЛ и структуру лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) у впервые выявленных больных-бактериовыделителей, находящихся в СИЗО.

Материалы и методы

Проанализированы медицинские карты 121 впервые выявленного больного ТБЛ, находящегося в СИЗО-2 г. Кирова с 2005 по 2012 гг. За период исследования среди впервые выявленных больных бактериовыделение установлено у 47 чел. (38,8%). Исследование мокроты

проводили на базе областного противотуберкулезного диспансера г. Кирова и в централизованной бактериологической лаборатории ЛИУ-12. ЛУ МБТ определяли методом абсолютных концентраций.

Результаты

Среди впервые выявленных больных-бактериовыделителей мужчин было 28 (59,6%), женщин 19 (40,4%). Жители города составили 22 (46,8%), в сельской местности проживали 19 (40,4%), не имели постоянного места жительства и прописки – 6 (12,8%). ТБ чаще выявляли в возрастной группе 21-40 лет – 34 чел. (72,3%). Среди клинических форм преобладал инфильтративный ТБ – 35 чел. (74,5%), реже встречался диссеминированный ТБ – 5 (10,6%), туберкулемы – 4 (8,5%), казеозная пневмония – 2 (4,4%), очаговый ТБ – 1 (2,0%). Распад в легких по цифровой флюорографии установлен у 23 больных (48,9%). Чаще туберкулезный процесс поражал верхнюю долю правого легкого (12 чел. – 25,5%). Поражение обоих легких, преимущественно верхних долей, диагностировано у 15 чел. (32,0%).

При микроскопическом исследовании мокроты с окраской по Цилю-Нельсену кислотоустойчивые микобакте-

рии найдены у 9 больных (19,1%), при люминесцентной микроскопии у 31 (66,0%), методом посева у 43 (91,5%). При количественной оценке интенсивности роста МБТ была определена как «скудное» бактериовыделение у 19 (44,2%), как «умеренное» у 8 (18,6%) и как «обильное» – у 16 (37,2%) пациентов.

Первичная ЛУ МБТ выявлена у 20 больных (42,6%). ЛУ к одному-двум антибактериальным препаратам была выявлена у 5 больных, к трем – у 8, к четырем – у 3 и к пяти антибактериальным препаратам – у одного больного. Чаще ЛУ выявляли к основным противотуберкулезным препаратам: изониазиду (15 чел. – 75,0%), рифампицину (9 чел. – 45,0%), этамбутолу (4 чел. – 20,0%), стрептомицину (20 чел. – 100%); реже – к канамицину (3 чел. – 15,0%),

этионамиду и офлоксацину (у одного больного – 5,0%). Множественная ЛУ установлена у 8 больных (40,0%).

Заключение

Впервые выявленные в условиях СИЗО больные ТБ представляют большую эпидемиологическую опасность вследствие высокой частоты распада легочной ткани (48,9%), наличия бактериовыделения (38,8%), умеренного и массивного в 55,8% случаев, выявления ЛУ МБТ у 42,6%, в том числе множественной ЛУ – у 40% больных. Полученные данные необходимо учитывать в диагностике, лечении больных, проведении противоэпидемических мероприятий, как среди подследственных, так и лиц, работающих в следственных изоляторах.

Милеева Людмила Михайловна, тел. 8-(8332)-62-26-26, e-mail: tbc@kirovvgma.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО ДЕЗАДАПТИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

В.С. Одинец, Е.В. Калашникова, О.Д. Баронова

ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

Эпидемиологические показатели по туберкулезу (ТБ) на территории Ставропольского края, как и в Российской Федерации, в последние годы стабилизировались, но ситуация остается напряженной. В 2012 г. заболеваемость ТБ жителей края составила 51,9 случаев на 100 тыс. населения, распространенность – 150,5 случаев, смертность – 6,9 на 100 тыс. населения.

Центральным учреждением по оказанию противотуберкулезной помощи населению Ставропольского края является ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер». Он координирует деятельность всех противотуберкулезных учреждений края, осуществляет диагностику ТБ, лечение и диспансерное наблюдение больных из г. Ставрополя и районов края, оказывает организационно-методическую, консультативную и лечебную помощь всем структурным подразделениям фтизиатрической службы и всем лечебно-профилактическим учреждениям края.

Основными проблемами, возникающими в процессе лечения больных ТБ, являются: преждевременное, самовольное прекращение лечения (т.н. «отрыв»), быстрое развитие лекарственной устойчивости микобактерий, ограниченность арсенала противотуберкулезных препаратов, снижение иммунного статуса больных ТБ.

Причинами нарушения больничного режима являются длительное лечение и наступающее после приме-

нения антибактериальных препаратов у большинства пациентов улучшение общего самочувствия, что рассматривается некоторыми больными как сигнал к прекращению лечения. Неполноценное по качеству или недостаточное по длительности лечение ТБ у лиц, ведущих асоциальный образ жизни, имеющих неблагоприятные жилищные условия и др., обуславливает формирование резервуара хронической ТБ инфекции.

По данным государственной системы мониторинга ТБ о влиянии факторов социальной дезадаптации на риск развития ТБ (анализ результатов работы за 2004-2006 гг. из 28 субъектов Российской Федерации), среди заболевших и умерших от ТБ лица трудоспособного возраста, которые не работают и не учатся, составили 47,0%. В г. Ставрополе доля таких больных составляет около 52%.

Эта же закономерность справедлива и для лиц, имеющих своего места жительства. Лица БОМЖ, в пересчете на 100 тыс. соответствующего населения, болеют в 9,8 раз чаще, а умирают в 15,6 раз чаще. Также выше риск заболеть ТБ и умереть от него у лиц, злоупотребляющих алкоголем (в 5 раз чаще), имеющих психические расстройства (в 2 раза чаще). Наличие в анамнезе пребывания в учреждениях ФСИН также оказывает существенное влияние на заболеваемость ТБ. Таким образом, сочетание факторов социальной дезадаптации

в 1,5-2 раза повышает риск развития ТБ среди социально-уязвимых групп.

Приверженность к лечению является одним из наиболее важных элементов, обуславливающих эффективность лечения ТБ. Дисциплинированность больного и соблюдение им режима лечения, наряду с благоприятными бытовыми условиями, уменьшением симптомов интоксикации и выраженной склонностью к затиханию процесса находятся в основе амбулаторного лечения химиопрепаратами, увеличивая приверженность пациентов к лечению.

В нашем учреждении пациенты получают препараты на амбулаторном этапе лечения через процедурный кабинет поликлиники и дневного стационара под контролем медицинских сестер. Дневной стационар рассчитан на 60 коек: из них 38 легочных и 22 для внелегочных форм ТБ. В 2011–2012 гг. в условиях дневного стационара пролечено 611 человек, из них лица, страдавшие алкоголизмом, составили 42%, находившиеся ранее в учреждениях ФСИН – 38%. Имевших работу и неработающих пациентов было примерно одинаковое число, преобла-

дали люди трудоспособного возраста с низким доходом (87%). Для пациентов с крайне низким материальным уровнем, тяжелой сопутствующей патологией организован стационар на дому. Лекарственные препараты доставляются медицинской сестрой больному на дом, где и контролируется их прием. Применение многокомпонентных лекарственных форм позволило упростить задачу соблюдения необходимого набора и дозировки препаратов, что привело к улучшению морального состояния больных, снижению реакций непереносимости и аллергических проявлений.

Доля комбинированных препаратов, закупленных для амбулаторного лечения, выросла с 32% в 2011 г. до 45% в 2012 г. Как показал наш опыт, применение комбинированных препаратов на амбулаторном этапе лечения социально дезадаптированных больных помогает решать проблему отрывов от лечения и позволяет обеспечить контролируемость терапии, что особенно актуально у лиц с низким уровнем социальных притязаний, особенно учитывая их психоэмоциональные характеристики.

Калашникова Елена Викторовна, тел. 8-961-448-26-25, e-mail: skkptd@mail.ru

РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ СЛОЖНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Н.К. Писаренко, С.С. Кульчицкая, В.В. Вилк

Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Республика Молдова, г. Кишинев.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) в Республике Молдова остается напряженной. После снижения в 2010 г. общей заболеваемости на 17,8% по сравнению с 2005 г., в 2011 г. отмечен рост этого показателя до 114,3 на 100 тыс. населения. Уровень развития рецидивов ТБ, особенно с бактериовыделением – наиболее опасных в эпидемическом отношении – в последние годы оставался стабильно высоким. При этом около 80% случаев повторного заболевания ТБ легких, зарегистрированных в республике, приходилось на муниципий Кишинев с населением около 780 тыс. человек, в котором частота рецидивов ТБ легких в 2011 г. составила 16,4 на 100 тыс. населения, в том числе с бактериовыделением – 8,2 на 100 тыс. населения.

Цель исследования

Изучить характеристику рецидивов ТБ легких в условиях сложной эпидемической ситуации.

Материал и методы

В исследование включены 417 больных с рецидивом ТБ легких, выявленных в 2010-2012 гг. в муниципий Ки-

шинев. Все больные прошли углубленное обследование с использованием клинического, рентгенологического, микробиологического, других параклинических методов в условиях фтизиопульмонологической клиники. К ТБ легких относили случаи туберкулезного поражения паренхимы легких, к рецидивам – случаи повторного заболевания ранее излеченных пациентов, а также пациентов, лечение которых было завершено. Активным считали ТБ, сопровождавшийся бактериовыделением, рентгенологическими и характерными клиническими симптомами.

Результаты исследования и их обсуждение

Подавляющее большинство (85,6%) больных с рецидивом ТБ легких были выявлены при их обращении за медицинской помощью в связи с ухудшением самочувствия. Только в 14,4% случаев ТБ был диагностирован во время профилактических осмотров.

У 82,0% больных реактивация ТБ легких отмечена в первые 5 лет после завершения лечения и констатации излечения. В более поздние сроки – через 6-10 лет и позже

– рецидив заболевания случался редко, в 13% и в 5% случаев, соответственно.

Среди больных преобладали мужчины (75,0%), лица трудоспособного возраста (74,8%) и городские жители (78,0%). Лишь 20,0% больных с рецидивом ТБ легких были заняты трудом постоянно, подавляющее же большинство больных были безработными, либо заняты трудом временно, что неблагоприятно сказывалось на уровне их жизни. Материальное положение 77,0% повторно заболевших было неудовлетворительным.

Пациенты жаловались на кашель с мокротой, потливость по ночам, одышку. Значительное большинство больных были астенизированы, имели дефицит массы тела и сниженные функциональные возможности организма. Лишь 23,0% больных с рецидивом ТБ легких отличались удовлетворительным физическим состоянием.

Повторному заболеванию ТБ легких способствовал ряд факторов биологического и социального характера. Рецидив диагностировался втрое чаще у мужчин, чем у женщин, что связывалось с чаще встречаемыми у мужчин курением, бытовым пьянством, наркоманией, ВИЧ-инфекцией, полиморбидностью и другими факторами, неблагоприятно влияющими на сопротивляемость организма ТБ инфекции. У половины больных имел место недавний тесный контакт с больными ТБ, что указывает на роль экзогенной суперинфекции в реактивации специфического процесса.

Преобладали распространенные (82,3%) и деструктивные (89,4%) процессы в легких, в 60,9% случаев укладывавшиеся в рамки инфильтративной формы ТБ. Диссеминированная и фиброзно-кавернозная формы ТБ легких определялись, соответственно, в 30,0% и 9,1% случаев.

У 65,0% больных в мокроте были обнаружены кислотоустойчивые микобактерии. Микобактерии туберкулеза, давшие при посеве рост, в большинстве случаев сохранили чувствительность к противотуберкулезным препаратам первой линии. Вместе с тем, у 1/3 больных была отмечена устойчивость к одному из этих препаратов и, что особенно важно, в 1/4 случаев рецидивов установлена множественная лекарственная устойчивость.

У большинства больных, в первую очередь при обнаружении в мокроте микобактерий туберкулеза, решающее значение при установлении диагноза имели данные рентгеномографического исследования.

Установленные особенности подтверждают общую характеристику рецидивов ТБ, которым присуще возникновение у пациентов с отягощающими медико-социальными факторами в первые 5 лет после завершения лечения и излечения, менее благоприятное течение по сравнению с первоначальным заболеванием у тех же лиц, а также большая опасность заражения окружающих.

Заключение

Рецидивы ТБ легких в условиях сложной эпидемической ситуации характеризуются высокой частотой и ранними сроками развития, запоздалой диагностикой, распространенными деструктивными поражениями легких, тяжелыми клиническими проявлениями, наличием сопутствующих заболеваний, массивным бактериовыделением и высоким уровнем лекарственной устойчивости, связанными с ними трудностями лечения и большой опасностью заражения окружающих. Эти особенности диктуют необходимость совершенствования диагностики и лечения случаев повторного заболевания ТБ легких.

Писаренко Надежда Константиновна, тел. (+37322)-07-952-53-47, e-mail: nadejda.pisarenco@gmail.com

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РЕГИСТРАЦИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В 2012 ГОДУ

С.А. Стерликов, А.В. Гордина, Т.С. Радина, А.Г. Дудина

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Цель исследования

Охарактеризовать динамику выявления, диагностики и регистрации больных туберкулезом (ТБ) в 2012 году.

Материалы и методы исследования

Использованы формы 2-ТБ «Сведения о больных, зарегистрированных для лечения» и 7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболева-

ния туберкулезом» (таблицы 1000 – 1003) по регионам Российской Федерации за 2012 год. Рассчитывали экстенсивные показатели, определяли достоверность различий.

Результаты

В 2012 г. зарегистрировано для лечения 82788 впервые выявленных больных ТБ, на 4,7% меньше, чем в 2011 г.

Доля больных ТБ легких с бактериовыделением, определяемым методом микроскопии мокроты, составила 33,8%, что несущественно отличается от показателя 2011 г. (33,9%). При этом охват впервые выявленных больных туберкулезом легких (ТЛ) микроскопическими исследованиями мокроты остался на прежнем уровне (99,95% в 2012 г. и 99,96% в 2011 г.) Столь высокое значение этого показателя свидетельствует о недостаточном учете больных ТБ, у которых микроскопия мокроты не была проведена. Нередко вместо микроскопии мокроты учитывают результаты исследования промывных вод бронхов, слюны или иного биологического материала, что приводит к занижению показателя качества микробиологической диагностики ТБ. Отношение больных ТЛ с наличием полости распада и бактериовыделением, определяемым методом микроскопии мокроты, ко всем больным ТЛ с распадом легочной ткани составило 57,8%, что несущественно отличается от показателей 2011 г. (58,1%; $p=0,4$).

Структура впервые выявленных больных изменилась. Больные ТЛ составили 89,9% (2011 г. – 90,3%; $p=0,03$), ТБ верхних дыхательных путей, плевры и внутригрудных лимфатических узлов – 6,6% (2011 г. – 6,2%; $p<0,01$). Изменение структуры впервые выявленных больных обусловлено, в т. ч., улучшением регистрации в отдельных субъектах Российской Федерации детей для лечения. Без существенных изменений осталась доля впервые выявленных больных ТБ внелегочных локализаций – 3,4% (2011 г. – 3,5%; $p=0,3$), что ниже теоретических ожиданий и указывает на недостаточное выявление больных этой группы.

Доля впервые выявленных больных ТЛ без распада и бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты, по сравнению с 2011 г. не изменилась и составила 47,7%. Стагнация этого показателя, вероятно, свидетельствует о возможном достигнутом пределе работы по раннему выявлению больных ТБ, который не

может быть преодолен без изменений самого процесса раннего выявления больных ТЛ.

Выявление наиболее эпидемически опасных больных ТЛ (с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации) в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) осталось на уровне 2011 г. (16,9%). При этом доля впервые выявленных в ОЛС больных ТЛ незначительно ($p=0,3$) выросла (18,0% в 2011 г., 18,3% в 2012 г.), а доля больных с рецидивом ТЛ – снизилась (с 10,6% до 9,1%; $p=0,02$).

В целом больных с рецидивом ТБ было зарегистрировано для лечения лишь на 1,1% меньше, чем в 2011 г. – 4443. Таким образом, риск рецидива ТБ в 2012 г. существенно не уменьшился. Структура больных с рецидивом ТБ также не изменилась: рецидив ТЛ отмечен в 95,3% (2011 г. – 95,2%) случаев, ТБ верхних дыхательных путей, плевры и внутригрудных лимфатических узлов – в 1,8% (2011 г. – 1,9%), ТБ внелегочных локализаций – в 2,9% (2011 г. – 2,8%).

Существенный интерес представляет регистрация других случаев повторного лечения (таблица), поскольку именно больные, получающие лечение по этой категории, представляют значительный резервуар ТБ с устойчивостью возбудителя к противотуберкулезным препаратам.

Отмеченный в 2009–2011 гг. рост количества зарегистрированных для лечения случаев повторного лечения сменился небольшим (на 1,6%) снижением, обусловленным меньшей регистрацией случаев категорий «лечение после неэффективного курса химиотерапии» и «лечение после прерывания курса химиотерапии». При этом регистрация для лечения больных из категории «прочие», в которую должны входить преимущественно больные с хроническими формами ТБ, выросла ($p<0,01$). В структуре других курсов повторного лечения отмечалось увеличение доли случаев с массивным бактериовыделением, определяемым методом микроскопии мокроты

Таблица. Регистрация случаев повторного лечения больных туберкулезом, Россия

		2009	2010	2011	2012
Всего других случаев повторного лечения	абс.	21838	25245	30247	29751
	в %	47,8	48,6	50,5	51,4
Из них с положительной микроскопией	абс.	10431	12269	15267	15284
Число и доля случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии	абс.	10265	12113	15089	14456
	в %	47,0	48,0	49,9	48,6
Число и доля случаев лечения после прерывания курса химиотерапии	абс.	5191	5037	5059	4725
	в %	23,8	20,0	16,7	15,9
Число и доля прочих случаев повторного лечения	абс.	6382	8095	10099	10570
	в %	29,2	32,1	33,4	35,5
Число и доля случаев назначения IV режима химиотерапии	абс.	6641	9690	14282	15199
	в %	30,4	38,4	47,2	51,1

($p=0,03$). Продолжился рост доли случаев назначения IV стандартного режима химиотерапии.

Выводы

Количество впервые выявленных больных ТБ снизилось, что соотносится с ожидаемой тенденцией снижения показателя заболеваемости ТБ. Качество выявления больных ТЛ и диагностики бактериовыделения методом микроскопии не изменилось. Динамика структуры впервые выявленных больных ТБ, по-видимому, связана с увеличением регистрации для лечения детей. Риск рецидива ТБ снизился несущественно. В структуре других случаев повторного лечения повысилась доля бакте-

риовыделителей, а также больных из категорий «прочие», что может быть связано с привлечением к лечению больных, ранее считавшихся инкурабельными. Продолжился рост числа и доли больных, которым был назначен IV режим химиотерапии. Это обусловлено повышением доступности противотуберкулезных препаратов резервного ряда. С другой стороны, в случае резкого снижения их доступности, курс лечения этих больных может остаться незавершенным. Таким образом, необходимо принять меры к планированию федеральных поставок указанных препаратов для завершения лечения этих больных.

Стерликов Сергей Александрович, тел. 8-925-507-82-21, e-mail: sterlikov@list.ru

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Н.В. Эйсмонт, А.И. Цветков, Н.В. Кожекина

ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

На 01.06.2013 г. специализированную фтизиатрическую помощь на территории Свердловской обл. оказывают три самостоятельных противотуберкулезных учреждения: головное Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской обл. (ГБУЗ СО) «Противотуберкулезный диспансер», ГБУЗ СО «ПТД № 2» г. Серова и ГБУЗ СО «ПТД № 3» г. Нижнего Тагила. В составе головного ГБУЗ СО «ПТД» – койки торакальной хирургии, детские фтизиатрические койки, койки для консервативного лечения и диагностики внелегочных форм туберкулеза (ТБ), для лечения ТБ органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя ТБ, а также для длительного наблюдения за больными с хроническим ТБ. В головном ГБУЗ СО «ПТД» и ГБУЗ СО «ПТД № 3» развернуто 120 коек для лечения больных ТБ с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Кроме того, в составе ГБУЗ Свердловской обл. нетуберкулезного профиля фтизиатрическую помощь оказывают еще 10 противотуберкулезных отделений и 44 кабинета. Активное развитие современных технологий в противотуберкулезной службе области направлено на оптимизацию и повышение эффективности лечебно-диагностических процессов в амбулаторной и стационарной помощи больным ТБ.

В соответствии с Соглашением между Минздравом России и Правительством Свердловской обл. от 28 апреля 2012 г. №437/Т – 2012-1181 «О предоставлении в 2012 г. субсидии из федерального бюджета бюджету Свердловской обл. на софинансирование расходных обязательств, связанных с реализацией мероприятий,

направленных на обследование населения с целью выявления туберкулеза, лечения больных туберкулезом, а также профилактических мероприятий» в ГБУЗ СО «ПТД» поставлены компьютерный томограф (16 срезов), три наркозных аппарата, медиастиноскопы, анестезиологические многофункциональные мониторы. По Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)» получены видеоторакоскопическая стойка и УЗИ-аппарат экспертного класса. В марте 2012 г. по областной целевой программе «Совершенствование оказания медицинской помощи населению, предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на территории Свердловской обл. на 2011–2015 гг.» приобретены видеобронхоскопические стойки, ультразвуковой хирургический аппарат и хирургические аппараты для аргонплазменной коагуляции.

В настоящее время в клинике торакальной хирургии головного ГБУЗ СО «ПТД» осуществляется весь спектр современных эндоскопических хирургических вмешательств на грудной клетке, включая высокотехнологичные операции (видеоторакоскопические и видеоассистированные резекции легких и удаление опухолей средостения). В 2012–2013 гг. проведено 32 малоинвазивных высокотехнологичных операций.

Введение в эксплуатацию на базе ГБУЗ СО «ПТД» компьютерного томографа способствовало улучшению диагностической помощи пациентам, повысило доступность компьютерного рентгенологического обследования для больных ТБ и пациентов с подозрением на это

заболевание. Дополнительное обследование осуществляется в следующих случаях: у детей при положительной пробе с ДИАСКИНТЕСТ®, при подтверждении диагноза ТБ у больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, перед оперативным вмешательством на органах грудной клетки, для определения активности туберкулезного процесса, при контроле закрытия полостей деструкции у больных ТБ органов дыхания.

На территории области разработан и реализован проект «Информационно-технологическая модернизация противотуберкулезной службы Свердловской обл. на платформе 2ITS (2012-2013 гг.)», направленный на активное системное развитие противотуберкулезной службы. Учитывая особенности лечебно-профилактической деятельности во фтизиатрии, сформирован следующий подход: комплексная сквозная информационно-технологическая модернизация противотуберкулезной службы (ИТ-модернизация) «От главного фтизиатра до каждого врача-фтизиатра». Подготовлены и введены в эксплуатацию следующие технические компоненты

Комплексной информационно-телемедицинской системы «Фтизиатрия» противотуберкулезной службы Свердловской обл.: программное обеспечение онлайн-системы «Рабочие совещания руководителей и комиссии по модернизации противотуберкулезной службы Свердловской обл.», программное обеспечение онлайн-системы «Консультации и консилиумы» и дистанционного образования для врачей и среднего медицинского персонала. Все это позволило значительно увеличить производственный потенциал в работе службы, сократило финансовые расходы и способствовало оптимизации принятия оперативных управленческих решений.

Внедренный инновационный проект «Информационно-технологическая модернизация противотуберкулезной службы» обеспечил устойчивое развитие противотуберкулезной службы Свердловской обл., включая выполнение ключевых интегральных показателей-индикаторов по планомерному снижению уровня заболеваемости и смертности от ТБ до 2020 г.

Эйсмонт Наталья Владимировна, тел.: 8-912-611-57-29, 8-343-257-63-84, e-mail: eysmontnv@yandex.ru