



Туберкулёз и социально значимые заболевания

Номер свидетельства
ПИ № ФС 77 – 54449 от 17.06.2013

Адрес редакции:
МОО «Московское общество фтизиатров»
107014, г. Москва,
ул. Стромынка, д. 10

Главный редактор
Богородская Е.М.

Ответственный секретарь
Слогоцкая Л.В.

Зав. редакцией
Дудина А.Г.
Тел. +7 (916) 972 3776
E-mail: mostubjournal@mail.ru

Ответственный за выпуск
Борисов С.Е.

Оригинал-макет и
компьютерная верстка –
ООО «Ин Тренд»

Служба рекламы и подписки
Тел. +7 (925) 183-46-48
E-mail: tubmagazine@gmail.com

Журнал предназначен для специалистов
в области медицинской и фармацевтической
деятельности.

Языки: русский, английский

Издатель – ООО «Ин Тренд»
Адрес: 105082, г. Москва,
ул. Большая Почтовая, д. 26В, стр. 1

Отпечатано в типографии
ООО «Лига-Принт»
Тираж 3000 экз.

Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели.

Все права защищены.
Ни одна часть этого издания не может
быть занесена в память компьютера,
либо воспроизведена любым способом,
без предварительного письменного
разрешения издателя.

Редакционная коллегия:

Главный редактор – **Богородская Е.М.**, д.м.н., директор ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы», главный внештатный специалист фтизиатр ДЗ г. Москвы

Аксенова В.А. – д.м.н., профессор, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», главный внештатный детский специалист фтизиатр Минздрава России

Борисов С.Е. (зам. главного редактора) – д.м.н., профессор, заместитель директора по научно-клинической работе ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы»

Белевский А.С. – д.м.н., профессор, профессор кафедры пульмонологии факультета усовершенствования врачей ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России», главный внештатный пульмонолог ДЗ г. Москвы

Брюн Е.А. – д.м.н., профессор, директор ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы», главный внештатный специалист нарколог ДЗ г. Москвы, главный нарколог Минздрава России

Зубань О.Н. – д.м.н., профессор, зам. главного врача по медицинской части ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы»

Литвинов В.И. – академик РАН, д.м.н., профессор, научный руководитель ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы»

Мазус А.И. – д.м.н., руководитель «Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом», главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции ДЗ г. Москвы

Малышев Н.А. – д.м.н., профессор, главный врач ГКУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗ г. Москвы», главный внештатный специалист по инфекционным болезням ДЗ г. Москвы

Пучков К.Г. – д.м.н., профессор, заместитель главного врача по педиатрии ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы»

Плаунов Н.Ф. – д.м.н., профессор, главный врач ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗ города Москвы, главный внештатный специалист ДЗ г. Москвы по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф

Потекаев Н.Н. – д.м.н., профессор, первый заместитель руководителя ДЗ г. Москвы, главный внештатный специалист ДЗ г. Москвы по дерматологии и косметологии

Севостьянова Т.А. – кандидат мед.наук, зав. детским консультационно-диагностическим отделением ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы», заместитель главного внештатного специалиста фтизиатра по педиатрии ДЗ г. Москвы

Сельцовский П.П. – д.м.н., профессор, зам. директора по научной и организационно-методической работе ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы», зав. кафедрой фтизиатрии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

Слогоцкая Л.В. (ответственный секретарь) – д.м.н., заведующая научно-клиническим отделом, ученый секретарь ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗ г. Москвы»

Научный редактор:

Борисов С.Е.

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

- 3 Лечить ли больного туберкулезом
с бактериовыделением на дому?

Е.М. Богородская

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 6 Сравнительный анализ эпидемиологической
ситуации по туберкулезу и системы
противотуберкулезных мероприятий
в Лондоне и Москве

П.П. Сельцовский, Л.Н. Рыбка, Е.М. Белиловский

- 15 Новые подходы к организации контроля качества
фтизиатрической помощи в городе Москве

**Е.Я. Кочеткова, И.Д. Данилова, Л.М. Туктарова,
Г.С. Оганезова**

- 20 Результаты и перспективы работы в очагах
туберкулеза в городе Москве

А.В. Горбунов, Е.Я. Кочеткова, Г.Я. Андрюхина

- 32 Организация работы с группами риска
по заболеванию туберкулезом в медицинских
организациях первичной медико-санитарной
помощи

**Л.В. Мохирева, В.В. Скачков, Н.А. Веретенцева,
Л.В. Колпакова**

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

- 36 Результаты использования пробы с аллергеном
туберкулезным рекомбинантным среди
здорового населения, у находившихся
в контакте с больными туберкулезом лиц и
пациентов фтизиатрического стационара

Б.С. Кибрик, В.П. Мельников

- 40 Выявление туберкулеза в родильном доме общего
профиля

М.И. Борисова, Н.Г. Савицкая

- 44 Интестиноуретеропластика при туберкулезе
и других заболеваниях мочеочечника

**О.Н. Зубань, Р.М. Чотчаев, С.Н. Скорняков,
Л.В. Арканов, Б.И. Новиков**

В ПОМОЩЬ ФТИЗИАТРУ

- 51 Формирование режимов химиотерапии
больных туберкулезом с позиции современного
законодательства

Ю.Ю. Гармаш, С.Е. Борисов

ЛЕКЦИИ

- 56 Внебольничная аспирационная пневмония
в практике фтизиатра

А.С. Свистунова

- 62 Методы диагностики внутригрудной
лимфаденопатии

О.В. Ловачева

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

- 67 Проблемы формирования устойчивости
микобактерий туберкулеза к лекарствам
и возможности респираторного фторхинолона
спарфлоксацина

Е.Н. Карева, Е.М. Богородская

БЕСЕДА С МЭТРОМ

- 75 Интервью с Д.М. Флигилом

ХРОНИКА • КОНФЕРЕНЦИИ

- 82 Конференция, посвященная 70-летию
Новосибирского НИИ туберкулеза,
18-20 июня 2014 г.

- 86 Заседание Московского общества фтизиатров
13 августа 2014 г.

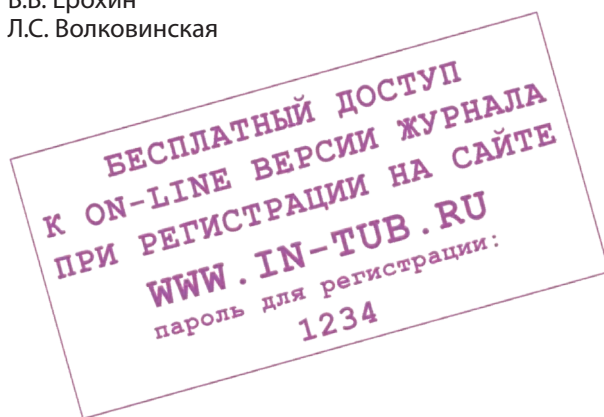
- 89 II Ежегодная конференция московских
фтизиатров «Приоритеты противотуберкулезной
работы в мегаполисе в период снижения основных
эпидемиологических показателей по туберкулезу»,
25-26 сентября 2014 года – краткое сообщение

- 91 Всероссийская научно-практическая
конференция с международным участием
«Туберкулез и ВИЧ-инфекция – угроза двойной
эпидемии. Актуальные вопросы профилактики,
диагностики и лечения», 1-3 октября 2014 года

IN MEMORIAM

- 96 В.В. Ерохин

- 97 Л.С. Волковинская



Редакционный совет:

Елькин А.В. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии и торакальной хирургии ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

Кравченко А.Ф. – д.м.н., профессор, директор ГБУ Научно-практический центр «Фтизиатрия» Минздрава Республики Саха (Якутия)

Малиев Б.М. – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Республики Северная Осетия-Алания, главный фтизиатр Минздрава Республики Северная Осетия-Алания

Малыхина Т.И. – кандидат мед.наук, зам. главного врача по организационно-методической работе ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Белгород

Морозова Т.И. – д.м.н., профессор, главный врач ГБУЗ «Саратовский областной противотуберкулезный диспансер», зав. кафедрой фтизиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», главный внештатный фтизиатр Приволжского федерального округа

Скорняков С.Н. – д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России»

Шилова М.В. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник НИИ фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»



ЛЕЧИТЬ ЛИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ НА ДОМУ?

В последнее время фтизиатрической общественностью широко обсуждается возможность и необходимость лечения больного туберкулезом с бактериовыделением на дому. Сторонники данной формы организации лечебного процесса руководствуются гуманностью по отношению к больным, стараясь приблизить место лечения пациента к месту его проживания, что особенно важно для тех пациентов, которые вынуждены лечиться долго, нередко не один год, например, при множественной или широкой лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза.

«Стационар на дому» – это достаточно сложная и затратная организационная форма для лечения пациентов, которая существовала в доантибактериальную эру, еще в 30-х и 40-х годах XX столетия. В тот период это было крайне необходимо, так как туберкулезом болела значительная часть населения, методы лечения были, в основном, хирургические и общеукрепляющие, и целью лечения являлось сохранение трудоспособности больного человека.

Работая над книгой об очагах туберкулезной инфекции, я нашла текст Инструкции Наркомздрава СССР, утвержденной 22 апреля 1940 г. № 39/5, которая обязывала во всех случаях, когда больной по состоянию здоровья не может явиться в туберкулезное учреждение, организовать необходимую помощь на дому, как взрослым, так и детям, больным туберкулезом. Документ показался мне актуальным и в настоящее время, поэтому считаю необходимым поделиться им с коллегами.

В Инструкции подразумевалось, что «стационар на дому» необходимо организовать в случае отсутствия свободных коек в местной больнице. Помощь больному туберкулезом в те годы должна была оказываться

врачом-фтизиатром или, при его отсутствии, одним из участковых врачей. При организации «стационара на дому» участковый врач должен посещать больного без вызова, по мере надобности, но не реже одного раза в пять дней; участковая медицинская сестра – через день, а в случае надобности – ежедневно, имея на руках сумку первой помощи. В случае необходимости по бытовым условиям на дом к больному направлялась санитарка для ухода за ним, кормления, уборки помещения и постели и т.д. А диспансерное туберкулезное учреждение должно было иметь необходимый запас предметов ухода для выдачи их на дом во временное пользование больным. Больному за счет туберкулезного учреждения должно выдаваться питание, медикаменты, предметы ухода, а на время постельного режима – нательное и постельное белье. Смена белья производилась по мере необходимости, но не реже одного раза в пять дней. Стирка белья тоже должна была осуществляться медицинским учреждением. В случае отсутствия собственной кухни, туберкулезное учреждение должно было заключить договор с ближайшей общественной столовой и отпускать соответствующее питание для этой категории больных. На больного должна быть заведена история болезни, как на стационарного больного.

В настоящее время совершенно ясно, что для организации такого «стационара на дому» потребуется, как минимум, увеличение штатной численности врачей, медицинских сестер и санитарок. Кроме того, затраты, связанные с посещением такого пациента разными специалистами и обслуживающими организациями, ежедневная пятиразовая доставка пищи, белья и медикаментов, будут существенно выше, чем при организации лечебного процесса в круглосуточном стационаре.

Всем фтизиатрам известно, что любое место, где длительно находится больной туберкулезом, является очагом туберкулезной инфекции. Поэтому отдельно стоит остановиться на работе в очаге туберкулезной инфекции, особенно, если этот очаг расположен в многоквартирном доме. Согласно СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза», утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 октября 2013 г. № 60, к I группе очагов относятся *«очаги с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенные неблагоприятными факторами – социально отягощенные очаги. К этой группе относятся очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулеза, при сочетании в очаге всех или части следующих неблагоприятных факторов:*

- проживание в очаге детей и подростков, лиц с иммунодефицитными заболеваниями;
- тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного;
- нарушения противоэпидемического режима, нарушения больным правил личной гигиены.

Для обеспечения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий определяются границы таких очагов. В территорию очага включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с обильным выделением возбудителя туберкулеза, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором».

Кроме того, теми же санитарными правилами регламентирована работа в очаге туберкулезной инфекции, где одним из обязательных условий является *«изоляция и лечение больного туберкулезом; изоляция из очага детей (в том числе изоляция новорожденных от бактерио-*

выделителей на период формирования поствакцинного иммунитета не менее чем на два месяца), подростков, беременных женщин (в случае, если больной туберкулезом не госпитализирован), с указанием в карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза».

Так нужно ли организовывать «стационар на дому» для больных туберкулезом? И кто, теоретически, может в нем лечиться? Наверное, нужно, если в субъекте Российской Федерации катастрофически не хватает коек для больных туберкулезом и такой больной живет один в собственном доме, где возможна его реальная изоляция от окружающих. Наверное, нужно, если больной туберкулезом категорически отказывается лечиться в стационаре и постоянно уклоняется от лечения. Наверное, нужно там, где иная организационная форма лечения не возможна.

Однако, в условиях снижения показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза, в большей части территорий катастрофической нехватки коек не будет. А «уклонист» вряд ли будет соблюдать режим лечения в «стационаре на дому», если он и в условиях стационара отказывается от лечения. Мало того, возможностей для оказания такому пациенту комплексной психологической, социальной и юридической помощи в стационаре гораздо больше, чем при тех же равных условиях на дому. Кроме того, даже из туберкулезных стационаров неосознательные пациенты уходят до окончания лечения. А быть уверенным, что после ухода медицинского персонала такой пациент с бактериовыделением будет находится дома и никуда не пойдет распространять туберкулезную инфекцию, нельзя. Поэтому для мегаполиса такая организационная форма не может быть приемлемой.



Е.М. Богородская