



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



ГОСУДАРСТВО, МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СТОЛИЦЕ

Материалы IV Ежегодной конференции московских фтизиатров

В соответствии с распоряжениями Департамента здравоохранения города Москвы от 22.08.2016 № 945-р и № 948-р ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» совместно с Межрегиональной общественной организацией «Московское общество фтизиатров» провели 8–9 сентября 2016 года IV Ежегодную конференцию московских фтизиатров «Государство, медицина и общество в борьбе с туберкулезом в столице», целью которой было дальнейшее совершенствование работы противотуберкулезных учреждений города Москвы.

В этом номере журнала мы начинаем публикацию поступивших в адрес Оргкомитета конференции тезисов, представляя вниманию читателей материалы по эпидемиологии и организации борьбы с туберкулезом.

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

Редакционная коллегия

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН В 2010–2015 гг.

Л.Я. Бородин, Н.В. Давлетбаева, Р.А. Шарипов, Г.С. Мухамедьянов

ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа

Актуальность

В течение последних десятилетий в эпидемиологии туберкулеза произошли большие сдвиги, которые нашли свое отражение в изменении статистических показателей распространенности туберкулеза. Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания. Результаты борьбы с туберкулезом связаны не только с применением эффективных методов лечения, но и с организацией противотуберкулезной работы среди населения. Наиболее характерной особенностью противотуберкулезных мероприятий является их массовость, проведение среди больших групп населения.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ основных показателей по туберкулезу в Российской Федерации (РФ) и Республике Башкортостан (РБ) за 2010–2015 гг.

Результаты

Заболеваемость туберкулезом имеет стабильную тенденцию к снижению как по РФ в целом, так и по РБ: по РФ показатель заболеваемости на 100 тыс. населения за 2010 г. составил 62,3 и за 2015 г. – 50,7, по РБ – 39,5 и 38,5, соответственно. Несмотря на увеличение доли бактериовыделителей с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, показатель смертности на 100 тыс. населения также имеет тенденцию к снижению: в РФ – 15,4–10,0 и в РБ – 12,1–7,4 за 2010–2015 гг., соответственно. Показатель бациллярности на

100 тыс. населения по РБ в 2010–2015 гг. снизился с 45,8 до 36,8 на 100 тыс. населения. Закрытие полостей распада за этот период незначительно, но увеличилось: с 72,7 до 75,9. Госпитализация впервые выявленных больных с бактериовыделением остается в РБ на высоком уровне: в 2015 г. – 96,7%. Немаловажным является и показатель прекращения бактериовыделения к 12 месяцам лечения, который за 2010–2015 гг. повысился с 93,8 до 96,7%.

Заключение

Мониторинг туберкулеза является важнейшей частью организации противотуберкулезной помощи населению, позволяет объективно оценивать эпидемическую ситуацию и грамотно планировать противотуберкулезные мероприятия. Необходимо продолжать программно-целевое планирование противотуберкулезных мероприятий, показавшее эффективность в последнее десятилетие.

Мухамедьянов Гайсар Саматович, тел. + 7 (917) 385-02-89, e-mail: mgs1977@yandex.ru

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЗА ПЯТЬ ЛЕТ ПО ГОРОДУ УФЕ

Д.В. Галиуллин¹, Р.А. Шарипов¹, Г.С. Мухамедьянов¹, Г.С. Хамидуллина¹, Р.К. Ягафарова²

Актуальность

Появление множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) и широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) стало серьезной угрозой эффективности противотуберкулезных программ во многих странах мира. Одними из причин возникновения МЛУ МБТ являются неадекватное предыдущее лечение и поздняя диагностика первичной лекарственной устойчивости возбудителя. Из факторов риска развития ШЛУ МБТ немаловажны первичная МЛУ и применение противотуберкулезных препаратов (ПТП) резервного ряда в анамнезе. В связи с недостаточной эффективностью химиотерапии туберкулеза и нарастающей лекарственной устойчивостью (ЛУ) возбудителя остается актуальным мониторинг региональной ЛУ возбудителя к используемым ПТП.

Цель

Изучение региональных особенностей ЛУ МБТ в динамике.

Материалы и методы

Изучены результаты посевов мокроты впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением г. Уфы, которые находились на стационарном лечении: 291 больной в 2011 г., 242 – в 2012 г., 209 – в 2013 г., 177 – в 2014 г. и 148 – в 2015 г. Всего в исследование включено 1067 пациентов, из которых 546 уже получали антибактериальную терапию фторхинолонами в учреждениях общей ле-

чебной сети. Клинические изоляты МБТ были получены при культивировании на средах Левенштейна-Йенсена и Мордовского, ЛУ к антибактериальным препаратам изучена стандартным методом абсолютных концентраций с определением роста МБТ при критических концентрациях противотуберкулезных препаратов.

Результаты

Исследование чувствительности к антибактериальным препаратам выявило рост в динамике лекарственной устойчивости МБТ к ПТП основного и резервного ряда (таблица).

Выявление МЛУ составило в 2011 г. – 24,7% (72 чел.), в 2012 г. – 22,3% (74 чел.), в 2013 г. – 26,3% (55 чел.), в 2014 г. – 37,9% (67 чел.), в 2015 г. – 33,1% (49 чел.). Выявление ШЛУ: в 2011 г. – 7,6% (22 чел.), в 2012 г. – 7,9% (19 чел.), в 2013 г. – 8,6% (18 чел.), в 2014 г. – 10,2% (18 чел.), в 2015 г. – 8,1% (12 чел.).

Выводы

1. Высокий уровень устойчивости к фторхинолонам требует определенных показаний для применения и ограничения широкого применения в лечебных учреждениях общего профиля.
2. Проведенное исследование доказывает значимость регулярного мониторинга ЛУ МБТ для выбора рациональной химиотерапии и позволяет выявить региональные особенности.
3. Выявленная тенденция к росту ЛУ МБТ соответствует данным статистики Российской Федерации.

Препарат	Количество пациентов с ЛУ МБТ									
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изониазид	84	28,9	83	34,3	84	40,2	85	48,0	81	54,7
Рифампицин	74	25,4	55	22,7	57	27,3	70	39,5	51	34,5
Этамбутол	82	28,2	72	29,8	73	34,9	63	35,6	49	33,1
Стрептомицин	85	29,2	84	34,7	82	39,2	90	50,8	79	53,4
Канамицин	63	21,6	54	22,3	46	22,0	32	18,1	30	20,3
Капреомицин	0	0	27	11,2	30	14,4	32	18,1	28	18,9
Протионамид	0	0	4	1,7	3	1,4	4	2,3	12	8,1
Циклосерин	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,4
Офлоксацин	22	7,6	30	12,4	58	27,8	59	33,3	42	28,4
Аминосалициловая кислота	0	0	3	1,2	7	3,3	4	4,0	3	2,0

Галиуллин Дамир Венерович, тел. + 7 (891) 7433-34-22, e-mail: gdamir77@mail.ru

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа.

² ГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Уфа.

АНАЛИЗ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЗА ПЯТЬ ЛЕТ ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Д.В. Галиуллин¹, Р.А. Шарипов¹, Г.С. Мухамедьянов¹, Г.С. Хамидуллина¹, Р.К. Ягафарова²

Актуальность

Устойчивость к антимикробным препаратам имеет большое социально-экономическое значение и в развитых странах рассматривается как угроза национальной безопасности. Одними из причин возникновения множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) являются: неадекватное предыдущее лечение и поздняя диагностика первичной лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя. Из факторов риска развития широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) МБТ немаловажны первичная МЛУ и применение противотуберкулезных препаратов (ПТП) резервного ряда в анамнезе. В связи с недостаточной эффективностью химиотерапии туберкулеза и нарастающей лекарственной устойчивостью возбудителя остается актуальным мониторинг региональной лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя к используемым ПТП.

Цель

Изучение региональных особенностей ЛУ МБТ в динамике.

Материалы и методы

Изучены результаты посевов мокроты больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением в Республике Башкортостан, которые находились на стационарном лечении: 1483 больных в 2011 г., 1311 – в 2012 г., 1115 – в 2013 г., 1059 – в 2014 г. и 1161 – в 2015 г.; всего 6129 человек. Клинические изоляты МБТ были получены при культивировании на сре-

дах Левенштейна-Йенсена и Мордовского, и лекарственная чувствительность к антибактериальным препаратам изучена стандартным методом абсолютных концентраций с определением роста МБТ при критических концентрациях противотуберкулезных препаратов.

Результаты

Исследование чувствительности к антибактериальным препаратам выявило рост в динамике лекарственной устойчивости МБТ к ПТП основного и резервного ряда (таблица).

Выявление МЛУ составило в 2011 г. – 54,8% (813 чел.), в 2012 г. – 56,5% (741 чел.); в 2013 г. – 58,4% (651 чел.); в 2014 г. – 67,4% (651 чел.), в 2015 г. – 67,5% (784 чел.). Выявление ШЛУ в 2011 г. – 21,1% (313 чел.), в 2012 г. – 24,3% (318 чел.), в 2013 г. – 30,6% (341 чел.), в 2014 г. – 37,5% (397 чел.), в 2015 г. – 42,5% (493 чел.).

Выводы

1. ПТП первого ряда наименее эффективны для терапии в стационарных условиях.
2. Резкий рост уровня устойчивости к фторхинолонам требует определенных показаний для применения и ограничения широкого применения в медицинской практике.
3. Проведенное исследование доказывает значимость регулярного мониторинга антибактериальной чувствительности МБТ для выбора рациональной химиотерапии и позволяет выявить региональные особенности.

Препарат	Количество пациентов с ЛУ МБТ									
	2011 г.		2012 г.		2013 г.		2014 г.		2015 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изониазид	971	65,5	918	70,0	809	72,6	818	77,2	919	79,2
Рифампицин	848	57,2	754	57,5	661	59,3	728	68,7	805	69,3
Этамбутол	906	61,1	862	65,8	760	68,2	731	69,1	802	69,1
Стрептомицин	1002	67,6	924	70,5	823	73,8	850	80,3	937	80,7
Канамицин	750	50,6	696	53,1	600	53,8	538	50,8	703	60,6
Капреомицин	166	11,2	298	22,8	444	39,8	533	50,3	595	51,2
Протионамид	21	1,4	64	4,9	96	8,6	165	15,6	300	25,8
Циклосерин	3	0,2	3	0,2	18	1,6	46	4,3	58	5,0
Офлоксацин	376	25,4	392	29,9	496	44,5	585	55,2	651	56,1
Аминосалициловая кислота	54	3,6	109	8,3	151	13,5	233	22,0	240	20,7

Галиуллин Дамир Венирович, тел. + 7 (891) 7433-34-22, e-mail: gdamir77@mail.ru

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа.

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Уфа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ КАРТОГРАФИЧЕСКОМ КОНТРОЛЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОЧАГОВ

В.М. Коломиец¹, А.Н. Малыхин²

Актуальность

Одним из основных критерием оценки качества работы по своевременному выявлению туберкулеза является удельный вес больных, выявленных при плановых обследованиях. В современных социальных условиях пристального внимания требуют территории с высокой плотностью населения, имеющие единую коммунально-бытовую структуру. В этих дворах, кварталах больные тесно и повседневно общаются с другими жителями, в том числе с детьми, следовательно, в число контактных должны входить жители дома или группы домов с общими внутридомовыми территориями.

Цель

При выполнении Федеральной целевой программы (ФЦП) и национального проекта «Здоровье» проводился регулярный мониторинг выявляемости туберкулеза лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) г. Курска с целью оценки эффективности и поиска (или интенсификации) новых форм работы и методов их контроля.

Материалы и методы

Метод картографирования широко применяется в эпидемиологии, в отечественной фтизиатрии в последнее время его использовали в отдельных регионах (Тверская и Белгородская области, Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом). На карте-схеме территории, с использованием информационных баз здравоохранения, идентифицируют все территориальные очаги с динамическими данными о всех больных и об инфицированных детях и подростках.

Результаты

В 2008–2015 гг. удалось повысить выявляемых при профилактических осмотрах больных с 58,7 до 64,4%. Среди впервые выявленных больных туберкулезом преобладали больные из неорганизованного населения, студентов, работников мелких предприятий (66,3%). В 2015 г. отмечено увеличение осмотров в ОБУЗ «Городская поликлиника № 4» (на 12%), ОБУЗ «Городская поликлиника № 6» (на 30%) и ОБУЗ «Городская поликлиника № 5» (на 15%), но в последней отмечено значительное снижение числа флюорографических исследований (на 20%). С учетом того, что среди городского населения, обслуживаемого первыми двумя поликлиниками, доля выявленных бактериовыделителей выросла с 46,2 до 51,5%, а в ОБУЗ «Городская

поликлиника № 5» она значительно ниже (35,2%) при высоких цифрах заболеваемости, сделан вывод о неблагоприятной эпидемической ситуации в районе обслуживания этого учреждения.

С целью изучения особенности распространения туберкулеза в зоне обслуживания ОБУЗ «Городская поликлиника № 5» внедрен мониторинг очагов туберкулезной инфекции с использованием картографического контроля. Это позволило аргументированно сформировать территориальные очаги туберкулеза с расширением их границ и путей передачи инфекции, определить эндемические очаги туберкулеза и провести их согласование по участкам общей лечебной сети, определить степени эпидемической опасности очагов с целью разработки дифференцированных противоэпидемических мероприятий; интенсифицировать профилактические обследования населения на участке.

Картографирование территориальных очагов имеет существенное значение для прогнозирования вспышек туберкулеза и принятия оперативных решений при возникновении эпидемиологической опасности. Однако следует подчеркнуть, что наиболее значимо и эффективно использовать картографирование очагов при работе с общей лечебной сетью здравоохранения (семейные и врачи общей практики, врачебные офисы, участковая терапевтическая служба) и администрацией территорий. Из опыта внедрения картографирования приведем пример, когда после ознакомления с данными по территории обслуживания ОБУЗ «ГП № 5» на отдельных территориях (улицы, дома, кварталы) администрацией округа города и поликлиники были организованы (точнее, мобилизованы) все заинтересованные службы и проведено сплошное обследование населения, приоритетно группы повышенного риска. Существенное значение имеет анализ данных картографирования при выяснении причин первичной множественной лекарственной устойчивости.

Выводы

Полученные положительные результаты картографического контроля на отдельной территории города территориальных очагов являются основанием для внедрения этого метода в целом регионе.

Коломиец Владислав Михайлович, тел. + 7 (960) 690-97-52, e-mail: vlacom@mail.ru

¹ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Курск.

² ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Курск.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЫ «ФТИЗИАТРИЯ» В РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В.В. Неверов¹, Н.Д. Пирогова¹, Д.М. Саломатов²

В рамках государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. определены целевые показатели по снижению уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза. Достижение данных показателей поставило перед нами задачи, которые требуют новых технологий, комплексного подхода и системной работы, которую мы проводим в области по борьбе с туберкулезом. В 2015 и на 2016 гг. разработаны и утверждены планы по снижению смертности населения от туберкулеза в Тюменской области. С 2015 г. в Тюменской области внедрен инновационный проект «Комплексная интеллектуальная информационная телемедицинская система «Фтизиатрия» противотуберкулезной службы Тюменской области» (проект КИИТС–Ф ТО), разрабатываемый и реализуемый совместно с Уральским НИИ фтизиопульмонологии. В 2016 г. создан региональный ситуационный онлайн-центр при главном внештатном фтизиатре Тюменской области. К системе подключены головное учреждение ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер» и три его филиала, а также противотуберкулезные кабинеты районов области и противотуберкулезные санатории. В течение 2015–2016 гг. в онлайн-режиме проводили:

- видеоселекторные совещания с заведующими филиалами и районными врачами-фтизиатрами в целях оперативного принятия организационных мер и для решения актуальных вопросов;
- врачебные конференции по типу вебинаров для сотрудников по различным темам;
- заочные консультации диагностических больных;
- разборы случаев смерти от туберкулеза с анализом причин и разработкой конкретных мероприятий для территорий (районов области);

– ежеквартальный мониторинг основных показателей работы туберкулезных кабинетов с выявлением проблемных мест.

На основании этого проводили срезовые сверки состоящих на учете у фтизиатра контингентов с подробным анализом возникающих проблем и контролем за лечением пациентов. Особое внимание уделяли больным, получающим лечение по IV и V режимам химиотерапии, для своевременного внесения коррекции в лечение, для исключения перерасхода противотуберкулезных препаратов, необоснованного продления интенсивной фазы лечения и своевременного перевода на фазу продолжения. В онлайн-режиме решали вопросы направления пациентов на санаторно-курортное лечение, особенно в санатории, находящиеся в ведении Минздрава России. В результате оперативной работы в данной системе нам удалось выявить проблемные моменты в организации работы с противотуберкулезными кабинетами и учреждениями, оказывающими первичную медицинскую помощь. За 2015 г. показатель заболеваемости снизился на 1,7%, составив 80,0 на 100 тыс. населения (ф. № 8). Снижения смертности мы не достигли, показатель составил 12,8 на 100 тыс. населения (по данным Росстата). За 8 мес. 2016 г. показатель заболеваемости, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, снизился на 2,4%, составив 52,0 против 53,3 на 100 тыс. населения, соответственно; показатель смертности снизился на 38%, составив 6,5 против 10,5 на 100 тыс. населения. В последующем данная работа будет продолжена с одновременной разработкой электронной карты территории противотуберкулезной службы с упором на работу в очагах туберкулезной инфекции, мониторинг динамики эпидемиологических показателей и возможность оперативного реагирования на ситуацию в территориях и ведение системного контроля за исполнением рекомендуемых мероприятий.

Неверов Вадим Владимирович, тел. + 7 (345) 242-24-98, e-mail: vneverov_optd@mail.ru

¹ ГБУЗ Тюменской области «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень.

² ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Екатеринбург.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Г. МОСКВЫ

М.Н. Осадчая, Ю.В. Кобзева

Управление Роспотребнадзора по г. Москве

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в г. Москве характеризуется тенденцией к снижению заболеваемости населения, при этом с 2014 г. отмечен рост числа случаев туберкулеза среди работников медицинских учреждений, преимущественно за счет работников Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы (БСМЭ ДЗМ), где было выявлено 10 случаев туберкулеза (у одного из пациентов установлен профессиональный характер заболевания) и патологоанатомических отделений. В 2016 г. продолжали регистрировать случаи туберкулеза у работников патологоанатомических отделений БСМЭ ДЗМ, Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова ДЗМ, детских поликлиник, отделений реанимации, противотуберкулезных учреждений, фармацевтических работников. Основными причинами следует считать:

- неудовлетворительную организацию предварительных и периодических медицинских осмотров работников;
- неудовлетворительное санитарно-техническое состояние помещений;
- отсутствие вентиляции с механическим побуждением;
- неадекватность мер индивидуальной респираторной защиты работников;
- нарушения дезинфекционного режима.

Управлением Роспотребнадзора по г. Москве были организованы дополнительные санитарно-противоэпидемические профилактические мероприятия, направленные на ликвидацию условий возникновения и распространения туберкулеза среди работников медицинских организаций г. Москвы: проведена коллегия Управления с участием Департамента здравоохранения г. Москвы, издано Постановление Главного государственного санитарного врача г. Москвы № 4 от 29.12.2015 г. «О проведении дополнительных профилактических осмотров на туберкулез медицинских работников».

На основании указанных документов в г. Москве был осуществлен комплекс мероприятий: проведен внеочередной профилактический осмотр на туберкулез работников ле-

чебно-профилактических организаций (ЛПО), аптек, образовательных учреждений; перекрестное рентгенологическое обследование методом цифровой флюорографии в независимых (не заинтересованных) организациях при систематическом контроле ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» качества флюорографии. Экономическая эффективность внеочередного профилактического осмотра составила более 25 млн рублей. Информация о результатах внеочередного осмотра медицинских работников направлена заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы по социальным вопросам и в Департамент здравоохранения г. Москвы с предложением осуществлять контроль за качеством профилактических осмотров и установить персональную ответственность руководителей ЛПО за своевременность и достоверность результатов профилактических осмотров. На системной основе проводится мониторинг заносов туберкулеза в ЛПО г. Москвы и качества заключительной дезинфекции в них. В подавляющем числе очагов заключительную дезинфекцию на основании государственного контракта осуществляет ГУП «Московский городской центр дезинфекции», к заключительной дезинфекции привлекаются врачи-дезинфектологи, проводится лабораторный контроль качества заключительной дезинфекции. Управлением согласован порядок организации дезинфекции санитарного автотранспорта в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ». Проведена экспертиза систем вентиляции и кондиционирования большинства ЛПО г. Москвы, на основании которой Департаментом здравоохранения разрабатывается адресная инвестиционная программа модернизации систем вентиляции ЛПО на 2017 г. Управлением направлены в Департамент здравоохранения г. Москвы предложения по включению в титульный список капитального ремонта на 2017 г. 12 патологоанатомических отделений и моргов. По-прежнему остается актуальным вопрос обеспеченности работников, контактирующих с источниками туберкулезной инфекции, средствами индивидуальной защиты органов дыхания.

Осадчая Марина Николаевна, тел. + 7 (915) 108-99-47, e-mail: marinaosad@mail.ru

ВНЕДРЕНИЕ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ СИСТЕМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА И УПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫМ ПРОЦЕССОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИТУАЦИОННОГО ОНЛАЙН-ЦЕНТРА «ФТИЗИАТРИЯ»

Д.М. Саломатов, Т.Е. Тюлькова, И.Д. Медвинский, Е.Д. Филина

*ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России,
г. Екатеринбург*

Платформенные решения для создания систем нового поколения эпидемиологического мониторинга и управления лечебным процессом. С 2010 г. Уральский НИИ фтизиопульмонологии (УНИИФ) совместно со специалистами противотуберкулезных служб зоны курации (Кировская, Курганская, Оренбургская, Свердловская, Тюменская, Челябинская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, Пермский край, Республика Башкортостан, Удмуртская Республика) проводит комплексное научно-практическое исследование по теме «Современные информационные технологии во фтизиатрии», результатом которого явилось создание системы нового поколения – Комплексной интеллектуальной информационно-телемедицинской системы «Фтизиатрия» (КИИТС-Ф). Данная система направлена на всестороннюю активную информационно-методическую поддержку врача-фтизиатра на основных этапах лечебного процесса: профилактика, выявление, диагностика, лечение, реабилитация.

Базовыми компонентами комплексной системы являются:

1. Информационные ресурсы КИИТС-Ф, функционирующие в формате облачных технологий: онлайн-системы эпидемиологического мониторинга и управления лечебным процессом, система консультаций и консилиумов, система дистанционного последипломного обучения в формате КА-технологии (компьютеризированная технология адекватного современным научно-практическим требованиям непрерывного последипломного образования врачей и среднего медицинского персонала).

2. Аппаратно-программная платформа КИИТС-Ф включает научно-образовательную информационно-телемедицинскую сеть «Фтизиатрия», АРМы УТМ (автоматизированное рабочее место универсальное телемедицинское) врачей-фтизиатров, сервера систем видео-конференц-связи и документооборота.

3. Ситуационный онлайн-центр «Фтизиатрия» – многофункциональный организационно-технический комплекс коллективного пользования на единой аппаратно-программной методической основе, позволяющий на новом технологическом уровне обеспечить оперативную координацию и организацию работ по всему циклу научно-практической деятельности во фтизиатрии – «От фундаментальной науки до клинической практики».

Онлайн-системы эпидемиологического мониторинга и управления лечебным процессом с использованием ситуационного онлайн-центра «Фтизиатрия». Онлайн-система курации в противотуберкулезной службе территорий курации УНИИФ с использованием программно-аппаратной инфраструктуры (АРМы врача-фтизиатра, электронный архив СОЦ-Ф, система видео-конференц-связи) обеспечивает проведение полнофункциональных дистанционных кураторских визитов в территориях противотуберкулезных служб субъектов Российской Федерации (РФ).

Накоплен рабочий опыт подключения и взаимодействия АРМов врача-фтизиатра по всей иерархии противотуберкулезной службы: фтизиатрические кабинеты и отделения ЦРБ и городских больниц – туберкулезные больницы, филиалы головных ПТД – головные ПТД субъектов РФ – ведущий НИИ туберкулеза – Главный фтизиатр Минздрава России. Мультипликативный эффект от «кураторских онлайн-визитов» на порядок выше (включая экономическую составляющую) по сравнению с традиционными кураторскими визитами.

Онлайн-система мониторинга, анализа и управления показателями планов снижения смертности от туберкулеза в противотуберкулезных службах территорий курации УНИИФ. Ее программно-аппаратный методический комплекс обеспечивает текущий (ежемесячный, ежеквартальный) контроль всех показателей плана снижения смертности от туберкулеза в противотуберкулезных службах субъектов РФ, анализ и генерацию рекомендаций по отклонениям от индикативных показателей, формирование дополнительных мероприятий плана по устранению причин, вызвавших отклонение.

Онлайн-система исследования летальных случаев от туберкулеза и формирования управленческих решений (мероприятий) по их предотвращению. Формируется и работает по следующей схеме (алгоритму): заполнение ЭВМ-ориентированных анкет «Разбора случая смерти больного туберкулезом», подробный анализ-выявление с использованием причин-факторов, приведших к летальному исходу, разработка рекомендаций и дополнительных мероприятий по их устранению с включением этих мероприятий в действующий областной план мероприятий по снижению смертности от туберкулеза.

Заключение

Внедрение нового поколения систем эпидемиологического мониторинга и управления лечебным процессом с использованием ситуационного онлайн-центра «Фтизиатрия» обеспечивает:

- переход от «отложенного режима» управления текущим лечебным процессом через статистику к управлению «в режиме реального времени»;
- качественное системное исследование летальных случаев от туберкулеза, формирование и оперативную реализа-

цию управленческих решений (мероприятий) по их предотвращению.

Это значительно повышает эффективность работы противотуберкулезных служб территорий курации УНИИФ по безусловному выполнению планов снижения смертности от туберкулеза, которые позиционируются на уровне государственного задания.

Саломатов Дмитрий Михайлович, тел. + 7 (912) 612-33-47, e-mail: uralcek@mail.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ СИСТЕМНОГО АНАЛИЗА СЛУЧАЕВ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В.А. Подгаева, Т.Е. Тюлькова, Д.М. Саломатов, Е.Д. Филина

ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Екатеринбург

Актуальность

Одним из наиболее информативных показателей, характеризующих эпидемическую ситуацию по туберкулезной инфекции, является смертность населения от туберкулеза. Достоверность этого показателя в значительной степени зависит от качества определения причин смерти и диагностики туберкулеза. На величину показателя смертности могут оказывать влияние своевременность выявления патологии при массовых медицинских осмотрах, эффективность лечения больных туберкулезом.

Цель

Изучение причин смерти больных туберкулезом и факторов, оказывающих влияние на уровень смертности населения от туберкулезной инфекции.

Материалы и методы

Проанализированы данные 348 анкет по разбору случаев смерти больных туберкулезом в 2015 г. в пяти территориях курации ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России (Кировская, Оренбургская и Тюменская области, Удмуртская Республика, Ямало-Ненецкий автономный округ). Анкета включала 36 вопросов, в том числе отражающих дефекты организации выявления и лечения больных туберкулезом. Статистическую обработку результатов проводили с использованием общепринятых критериев математической статистики.

Результаты

Средний возраст умерших больных туберкулезом составил $47,9 \pm 4,6$ лет, преобладали мужчины (73,6%). Анализ распределения умерших больных туберкулезом по социальному статусу свидетельствует о преобладании среди них неработающих лиц трудоспособного возраста (36,5%), далее в структурной

иерархии следуют инвалиды (31,9%), пенсионеры (15,8%), лица БОМЖ (13,5%), работающие (2,0%) и мигранты (0,3%).

У 81,8% умерших больных причиной смерти явился туберкулез. При анализе данной категории больных выявлено, что в 33,2% случаев смерть больных туберкулезом наступила в течение первого года наблюдения, что указывает на несвоевременность выявления туберкулеза учреждениями общей лечебной сети. Наряду с этим обращает внимание факт регистрации случаев смерти больных туберкулезом в течение семи дней (9,0%) и одного месяца (19,8%) с момента постановки на диспансерный учет, что наряду с запущенными случаями туберкулеза обусловлено декомпенсацией сопутствующего заболевания и/или коморбидной патологией. Патологоанатомическое вскрытие умерших больных туберкулезом проведено в 76,1% случаев. Расхождение клинического и патологоанатомического диагноза зарегистрировано у 3,6% умерших больных туберкулезом.

В структуре клинических форм туберкулеза у умерших на первом году наблюдения больных определены: диссеминированный туберкулез легких (34,3%), казеозная пневмония (25,3%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких (21,0%), инфильтративный и очаговый туберкулез легких (по 19,2%).

Доля умерших больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТ) на первой неделе после верификации диагноза составляла 22,6%, на первом месяце – 16,2%. Учитывая, что за один год пациент с ФКТ может инфицировать вокруг себя до 20 человек, а данная форма туберкулеза с летальным исходом формируется не за один год, то можно оценить масштабы распространения инфекции в обществе при отсутствии противоэпидемических мероприятий. Кроме того, в территориях зарегистрировано 6,4% случаев смерти от туберкулеза

лиц, не известных противотуберкулезным диспансерам, что свидетельствует о недостаточном уровне охвата населения осмотрами на туберкулез и качестве работы учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Установлено, что больные туберкулезом, состоящие на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях, до момента смерти в 52,8% случаев состояли во II группе диспансерного наблюдения (ГДН), а в 36,2% случаев – в I ГДН. Привлекает внимание отсутствие изменений ГДН у больных туберкулезом, состоявших на учете в противотуберкулезных учреждениях более 24 месяцев, что имело место в 23,7% случаев. Максимальный период наблюдения в I ГДН в разрезе территорий курации варьировал от 72 до 240 месяцев. В одном из субъектов Российской Федерации в структуре умерших больных ФКТ доля лиц, состоявших в I ГДН, составляла 33,3%, что характеризует некачественную работу противотуберкулезной службы.

Исследование свидетельствует о наличии фактов неполного обследования больного с целью диагностики туберкулеза: в 1,9–15,3% случаев отсутствовали исследования мокроты,

рентгенография и компьютерная томография легких. Лечение 69,6% больных туберкулезом осуществляли в стационарных условиях. 12,9% пациентов были проконсультированы торакальными хирургами; в 2,5% случаев применяли коллапсотерапию. Установлено, что доля умерших от туберкулеза больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя составляла 42,0 и 17,0%, соответственно. Однако в некоторых территориях наблюдались случаи отсутствия назначения IV и V режимов химиотерапии вышеуказанным больным. В 76,8% случаев определено досрочное прекращение больными туберкулезом курса терапии, что могло оказать негативное влияние на эффективность их лечения.

Закключение

Результаты системного анализа случаев смерти больных туберкулезом могут быть использованы руководителями медицинских организаций для принятия управленческих решений, направленных на совершенствование организации и повышение эффективности реализуемых противотуберкулезных мероприятий.

Тюлькова Татьяна Евгеньевна, тел. + 7 (912) 924-97-10, e-mail: tulkova@urniif.ru

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

В.В. Фентисов, Т.И. Малыхина

ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер», г. Белгород

Цель

Изучение гендерно-возрастных особенностей впервые выявленных больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

Анализу подверглись данные первичной медицинской документации больных активным туберкулезом легких, состоящих в I группе диспансерного наблюдения в противотуберкулезных учреждениях Белгородской области в 2014–2015 гг. Рассчитано число заболевших среди обследованного населения по гендерным и возрастным группам с интервалом в 10 лет (от 18 до 65 и более лет). Выделены наиболее многочисленные клинические формы, инфильтративный и диссеминированный туберкулез легких. Изучена зависимость между формой туберкулеза, полом и возрастом больного. Статистическая обработка данных включала методы описательной и вариационной статистики.

Результаты

Изучаемая когорта больных туберкулезом легких составила 626 пациентов обоего пола. Мужчин было в три раза больше, чем женщин, 472 и 154 чел., соответственно. Средний возраст

мужчин составил $43,6 \pm 12,5$ года, женщин – $43,5 \pm 14,7$ года. Среди больных туберкулезом легких работоспособного возраста в каждом возрастном интервале отмечено значительное преобладание лиц мужского пола над женским. После 55 лет количество впервые выявленных больных туберкулезом легких значительно снизилось (до 22,5%), а гендерная дифференцировка показала двукратное (2,1 раза) преобладание числа мужчин над числом женщин.

В изучаемой когорте (626 чел.) больные с инфильтративным туберкулезом легких составили 79,7%, с диссеминированным – 20,3%. Больных с инфильтративным туберкулезом было 499 чел. (377 мужчин и 122 женщины). Мужчин-бактериовыделителей было 125 чел., женщин – 65 чел.

Больные с инфильтративным туберкулезом легких распределились по полу следующим образом: мужчины работоспособного возраста страдают данной патологией в 3,6 раза чаще, чем женщины этого же возраста. В группе пациентов старше 55 лет также преобладали лица мужского пола (их было больше в 2,1 раза). Наибольшее число заболевших инфильтративным туберкулезом легких отмечено среди

мужчин. Возрастной пик у мужчин приходится на период с 45 до 54 лет, у женщин – с 25 до 34 лет. Среди групп больных диссеминированным туберкулезом легких (127 чел.) мужчин было 95, а женщин – 32 чел. Женщины страдают диссеминированным туберкулезом легких в три раза реже мужчин. В группе работоспособного населения пациентов, страдающих диссеминированным туберкулезом легких, насчитывается в 2,6 раза больше, чем среди лиц старше 55 лет. Во всех группах преобладали мужчины. Наибольшее число больных диссеминированным туберкулезом наблюдается среди мужчин, а возрастной пик приходится на период с 45 до 54 лет,

у женщин возрастной пик имеет две вершины и приходится на период с 35 до 44 и с 55 до 64 лет. В возрастном интервале с 18 до 24 лет мужчин, болеющих диссеминированным туберкулезом, не отмечено.

Выводы

Инфильтративным и диссеминированным туберкулезом легких страдают мужчины в возрасте от 45 до 54 лет (19,6% и 34,7%, соответственно). Женщины чаще страдают инфильтративным туберкулезом в возрасте с 25 до 34 лет (88,5%), а диссеминированным туберкулезом – в периоды 35–44 и 55–64 лет (28,1% и 25%).

Фентисов Виталий Владимирович, тел. + 7 (903) 887-23-85, e-mail: lihuss@yandex.ru

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ г. МОСКВЫ

Н.В. Чумоватов, П.Е. Черных, В.А. Стаханов

*ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, г. Москва*

Актуальность

Несмотря на улучшение показателей заболеваемости туберкулезом, эпидемическая ситуация в Российской Федерации (РФ) расценивается как напряженная. Важнейшим фактором, способствующим распространению туберкулезной инфекции, является широкая миграция населения. Значительную часть мигрирующего населения составляют иностранные граждане, прибывшие на учебу в РФ. Смена образа жизни и условий проживания, учебные нагрузки способствуют увеличению риска заболевания туберкулезом. В связи с этим анализ заболеваемости туберкулезом иностранных учащихся представляется весьма актуальным.

Материалы и методы

Проведен углубленный анализ медицинской документации (амбулаторные карты, истории болезни больных стационара) иностранных граждан, прибывших на учебу в вузы г. Москвы в 2008–2016 гг. Произведено изучение анамнеза жизни (в том числе наличие контакта с больными туберкулезом, информация о ранее перенесенном туберкулезе, сопутствующих заболеваниях). Проанализированы сроки с момента прибытия в РФ до выявления туберкулеза, результаты клинико-рентгенологических данных и иммунодиагностики. Проведен анализ структуры клинических форм туберкулеза, изучены сведения о выделении микобактерий туберкулеза (МБТ). Всего было обследовано 56 учащихся различных вузов г. Москвы в возрасте от 16 до 38 лет, из них 31 женщина и 25 мужчин.

Результаты

В результате комплексного обследования выявлено 40 человек, больных туберкулезом. Средний возраст заболевших

составил 25 лет. Значительно преобладают студенты, прибывшие на учебу из стран Юго-Восточной Азии и Африки, но также присутствуют студенты из Европы. У 36 студентов туберкулез выявлен впервые, четверо болели туберкулезом ранее. Контакт с больным туберкулезом имели четыре иностранных учащихся. При профилактическом осмотре туберкулез выявлен у 29 чел. (72,5%), при обращении с жалобами в медицинские учреждения – у 11 чел. (27,5%). Предыдущее флюорографическое обследование у 24 пациентов проведено в течение одного года до выявления заболевания. Анализ сроков выявления заболевания от момента приезда в РФ показывает, что у 6 чел. (15,0%) туберкулез выявлен в течение первого месяца нахождения в РФ, у 13 чел. (32,5%) – в течение первого года проживания, у 21 чел. (52,5%) заболевание выявлено более чем через один год пребывания в РФ.

В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания преобладал инфильтративный туберкулез легких – 16 чел. (40,0%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) диагностирован у 6 чел. (15,0%), туберкулема – у 5 чел. (12,5%), очаговый туберкулез – у 5 чел. (12,5%). У 2 чел. (5,0%) выявлен туберкулезный плеврит, первичный туберкулезный комплекс – у одного пациента (2,5%). Остаточные посттуберкулезные изменения в легких и ВГЛУ имели место в одном случае (2,5%). Стоит обратить внимание, что у четырех больных (10,0%) выявлен туберкулез множественных локализаций:

- 1) милиарный туберкулез легких и костно-суставной туберкулез;
- 2) диссеминированный туберкулез легких и туберкулез

шейных лимфатических узлов;

3) туберкулез ВГЛУ и шейных лимфатических узлов;

4) туберкулез ВГЛУ и абсцедирующий туберкулез шейных лимфатических узлов.

Фибробронхоскопия проведена 25 пациентам (62,5%). У 6 чел. (15,0%) обнаружен туберкулез бронхов как осложнение инфильтративного туберкулеза легких. По результатам лабораторного исследования диагностического материала бактериовыделение было обнаружено у 7 чел. (17,5%). Методом посева на питательную среду рост МБТ выявлен в двух случаях (5,0%), методом люминесцентной микроскопии – в пяти (12,5%). Также у одного пациента обнаружена ДНК МБТ методом ПЦР. Положительная проба Манту с 2 ТЕ за-

документирована у 11 чел. (27,5%), положительная реакция на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным – у 25 чел. (62,5%). При общем анализе крови лейкоцитоз был обнаружен у 11 чел. (27,5%); также выявлены признаки анемии у 8 пациентов (20,0%), и, наоборот, повышение гемоглобина и количества эритроцитов – у двух студентов (5,0%).

Выводы

Иностранные граждане, прибывающие на учебу в РФ, могут относиться к группе риска заболевания туберкулезом. В связи с вышеизложенными данными рекомендуется проводить обязательное комплексное медицинское обследование всех лиц, приезжающих в РФ, независимо от результатов предыдущего медицинского обследования.

Чумоватов Никита Владимирович, тел. + 7 (903) 624-34-82, e-mail: Necro5412@mail.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ПЕРМСКОМ КРАЕ В 2013–2015 гг.

А.А. Шурыгин¹, И.М. Пшеничникова-Пеленева¹, В.С. Романова²

Актуальность

Среди противотуберкулезных мероприятий социальные вопросы занимают особое место. Это связано с социальной зависимостью туберкулеза, эпидемии которого, как правило, сопровождают периоды экономического и социального неблагополучия в обществе. В настоящее время больным туберкулезом гарантирована социальная защита, в частности, медико-социальная экспертиза для определения группы инвалидности и социальных выплат. Эти мероприятия регламентированы нормативными документами: новой редакцией Федерального закона от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», Федеральным законом от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»; приказом Минтруда России от 17.12.2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и пр.

Цель

Провести анализ показателей инвалидности вследствие туберкулеза в 2013–2015 гг. и оценку полной и частичной реабилитации, отражающей полное или частичное восстановление способности инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Материалы и методы

Объектом исследования явились материалы медико-социальной экспертизы бюро № 13 – филиала «ФКУ ГБ МСЭ по Пермскому краю» за 2013–2015 гг. Зона обслуживания бюро № 13 составляет 83,2% территории Пермского края, поэтому результаты анализа можно экстраполировать на весь край.

Результаты

На фоне повышения заболеваемости туберкулезом в Пермском крае (с 67 на 100 тыс. населения в 2013 г. до 72,4 в 2015 г.) наблюдается некоторое снижение показателя первичной инвалидности – с 2,22 на 10 тыс. населения в 2013 г. до 2,0 на 10 тыс. в 2015 г. При одинаковой частоте определения II группы инвалидности (2013 г. – 87,8%, 2014 г. – 87,9%, 2015 г. – 89,6%) наблюдалось увеличение доли I группы инвалидности (2013 г. – 6,1%, 2014 г. – 7,8%, 2015 г. – 8%) и уменьшение III (2013 г. – 6,1%, 2014 г. – 4,3%, 2015 г. – 2,4%). Такая динамика первичного выхода на инвалидность по туберкулезу в Пермском крае связана с более тяжелыми исходными специфическими процессами, несвоевременным выявлением больных, учащением доли бациллярных форм туберкулеза с 31,9 до 37,5 на 100 тыс. больных, с ростом доли больных с наркоманией, ХОБЛ, психическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией (на 8,3%), ростом доли лиц с множественной лекарственной устойчивостью МБТ (с 7,4 до 9,1 на 100 тыс. в сравнении с предыдущим годом), неэффективностью химиотерапии, увеличением срока от выявления туберкулеза до

¹ ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь.

² Бюро № 13 – филиал ФКУ «Главное бюро медико-санитарной экспертизы по Пермскому краю» Минтруда России, г. Пермь.

направления на МСЭ (1–3 года от начала наблюдения), ростом социального неблагополучия среди вновь выявленных больных.

За анализируемый период неуклонно снижается число лиц, направленных на переосвидетельствование, и, как следствие, при повторном освидетельствовании сокращается число лиц, признанных инвалидами: с 4,7 на 10 тыс. взрослого населения в 2013 г. до 3,9 на 10 тыс. в 2015 г. По группам инвалидности наблюдается следующая динамика: II группа в 2013 г. – 67,9%, в 2014 г. – 67,6%, в 2015 г. – 71,6%; нарастание доли I группы: в 2013 г. – 2,9%, в 2014 г. – 3,0%, в 2015 г. – 4,2%; сокращение III группы: в 2013 г. – 29,2%, в 2014 г. – 29,4%, в 2015 г. – 24,2%. Такая динамика связана с неблагоприятным течением заболевания, низкой приверженностью к лечению – с одной стороны, и изменением в нормативных актах – с другой. В частности, стали более жесткими требования к наличию стойкого и значительного нарушения функций организма у больного для определения ему группы инвалидности. Приказом Минтруда № 1024н во главу угла при определении группы инвалидности ставятся выраженные и значительно выраженные нарушения функций организма, без которых ограничение жизнедеятельности не дает право на группу инвалидности.

Вместе с тем показатели реабилитации, отражающие эффективность комплекса мероприятий (медицинских, социальных, профессиональных и т.д.), направленных на восстановление функций организма и уменьшение ограничений жизнедеятельности инвалида, отражают неоднозначные тенденции. Так, суммарный показатель утяжеления инвалидности значительно увеличился (2013 г. – 4,9%, 2014 г. – 6,3%, 2015 г. – 7,1%). Такая динамика показателя связана с утяжелением течения туберкулеза у ранее признанных инвалида-

ми в годы наблюдения. По этой же причине показатель частичной реабилитации (определение более легкой группы) уменьшился (2013 г. – 22,9%, 2014 г. – 19,5%, 2015 г. – 17,9%), а суммарный показатель стабильности инвалидности (определение той же группы) в 2015 г. вернулся к уровню 2013 г. (2013 г. – 67,6%, 2014 г. – 71,3%, 2015 г. – 65,9%). При этом показатель полной реабилитации (количество инвалидов, признанных трудоспособными) возрос (2013 г. – 9,6%, 2014 г. – 7,7%, 2015 г. – 13,7%). Этот факт объясняется тем, что при переосвидетельствовании перестали определять III группу инвалидности для трудоустройства.

Выводы

Таким образом, показатели первичной и повторной инвалидности по туберкулезу находятся на высоком уровне, соответствуют показателям заболеваемости туберкулезом и отражают высокий уровень нуждаемости больных в социальной защите. Показатели реабилитации демонстрируют недостаточную эффективность реабилитационных мероприятий для инвалидов по туберкулезу в целом, обусловленную объективными (утяжеление контингента больных туберкулезом в медицинском и социальном аспектах) и субъективными причинами (изменения в нормативных актах). Имеются затруднения в профессиональной реабилитации инвалидов в связи с тем, что больные активным туберкулезом зачастую не могут быть допущены к работе по эпидемиологическим показаниям, а рабочих мест со специально созданными условиями труда нет. Социальная реабилитация наибольшее значение имеет для больных туберкулезом опорно-двигательной системы, для которых проводится социально-бытовая, социально-средовая реабилитация (в рамках программы «Доступная среда») и выделение технических средств реабилитации.

Шурыгин Александр Анатольевич, тел. + 7 (902) 835-92-16, e-mail: alex_shurygin@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ ЯКУТСКЕ

Л.П. Яковлева, А.М. Лукина, А.А. Корнилов

ГБУ Республики Саха (Якутия) «Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

Туберкулез остается актуальной медико-социальной проблемой в г. Якутске – столице Республики Саха (Якутия) (РС (Я)). Из года в год все основные эпидемиологические показатели туберкулеза по г. Якутску в 1,2–1,6 раза превышают республиканские показатели. Анализ социального состава впервые выявленных больных за отчетный год показывает высокий уровень заболеваемости туберкулезом незащищенных слоев населения: доля неработающих лиц составила 61,5%, в том числе трудоспособного возраста – 47,6%, страдающих хрони-

ческим алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем – 23,6%, живущих в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях – 24,5%, лиц БОМЖ – 9,6%, ранее судимых – 7,2%.

На конец 2015 г. контингент больных активным туберкулезом г. Якутска составлял 52,2% всех больных, наблюдающихся в I и II группах диспансерного учета по РС (Я), в том числе бактериовыделителей – 50,8% всех бациллярных больных республики. В контингенте значительную часть занимают социально неблагополучные лица: 60,2% больных – неработающие, в том числе

49,7% трудоспособного возраста, 35,8% страдают алкогольной зависимостью, 26,5% ранее находились в местах лишения свободы, 23,7% не имеют постоянного места жительства, 19,5% имеют неудовлетворительные жилищные условия.

Серьезной проблемой для столичного здравоохранения является организация выявления туберкулеза, привлечение к обследованию и лечению лиц, прибывших из улусов, не имеющих постоянной прописки в г. Якутске, арендующих жилье и часто меняющих адреса. В 2015 г. лица, арендующие жилье, составили 26,0% среди впервые выявленных и 20,6% – среди контингентов больных туберкулезом. При этом темпы миграции населения из улусов в столицу республики с каждым годом увеличиваются.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу еще более усугубляется тем, что ежегодно из учреждений УФСИН России по РС (Я) освобождаются до 100–120 больных туберкулезом, из которых около 40% в течение первого года не становятся на учет в противотуберкулезных учреждениях, оседают в г. Якутске, пополняя группы социально дезадаптированных лиц и создавая опасные неконтролируемые очаги туберкулезной инфекции.

В связи с неблагоприятной ситуацией по туберкулезу в г. Якутске в 2011–2015 гг. был проведен ряд совещаний и заседаний на уровне Правительства РС (Я), Управления Роспотребнадзора по РС (Я), Минздрава РС (Я), Управления здравоохранения г. Якутска с привлечением всех заинтересованных министерств и ведомств и с принятием управленческих решений.

В республике принята государственная программа «Профилактика правонарушений, обеспечение общественного порядка и противодействие преступности на 2012–2016 годы», в рамках которой реализуется подпрограмма «Содействие деятельности учреждений уголовно-исполнительной системы и социальной адаптации и реабилитации лиц, отбывших наказание в виде лишения свободы». На средства данной подпрограммы в НПЦ «Фтизиатрия» внедрена компьютерная программа для контроля за постановкой на учет в ПТД больных туберкулезом, освобожденных из мест заключения, осуществлялась закупка противотуберкулезных препаратов второго ряда и продуктовых наборов для формирования приверженности к лечению на амбулаторном этапе химиотерапии. В 2013–2014 гг. продуктовые наборы получили 53 больных при постановке на диспансерный учет по г. Якутску, на этапе прохождения контролируемого амбулаторного лечения и по окончании курса химиотерапии.

Постановлением главы администрации г. Якутска в муниципальную целевую программу «Молодежь. Семья. Спорт. Здоровый город» с 2013 г. включено мероприятие «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом», где предусмотрены средства на санитарно-просветительскую работу среди населения, социальную поддержку больных туберкулезом (продуктовые наборы и оплата проезда до места лечения) и скрининговые исследования среди целевых групп населения, ориентированные на выявление туберкулеза.

В 2014 г. в структуре НПЦ «Фтизиатрия» открыто Якутское городское противотуберкулезное диспансерное отделение для обслуживания населения городского округа «Город Якутск». В составе отделения организован кабинет медико-социальной помощи больным туберкулезом. В функции кабинета входит психологическое консультирование пациентов, а также мероприятия по их социальной поддержке: восстановление документов, получение различных справок, выписок и т.п., оформление пенсий и социальных пособий, документов на материальную помощь, устройство в социальные учреждения.

В 2015 г. в НПЦ «Фтизиатрия» создан отдел профилактической дезинфекции, что позволило повысить процент проведения заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза г. Якутска с 68,8% в 2015 г. до 100% за первое полугодие 2016 г.

В целях своевременного выявления туберкулеза и быстрой диагностики лекарственной устойчивости возбудителя в декабре 2014 г. в Якутской городской клинической больнице № 1 на средства государственной программы «Развитие здравоохранения РС (Я) на 2012–2016 гг.» установлен ПЦР-анализатор GeneXpert. За 2015 г. проведено 151 исследование, ДНК МБТ обнаружена в семи случаях (5,8%), из них устойчивых к рифампицину – в двух (28,6%). За I полугодие 2016 г. проведено 212 анализов, ДНК МБТ обнаружена в 14 (6,6%) случаях, из них с устойчивостью к рифампицину – в трех (21,4%).

Следует отметить, что в результате комплексных мероприятий по совершенствованию организации противотуберкулезной помощи населению г. Якутска за последние пять лет наметились положительные тенденции в динамике эпидемиологических показателей. Заболеваемость туберкулезом в 2015 г., по сравнению с 2011 г., снизилась на 24,0% (с 104,5 до 78,7 на 100 тыс. населения), распространенность – на 23,0% (с 317,6 до 244,5 на 100 тыс. населения), бациллярность – на 28,7% (с 159,1 до 123,6 на 100 тыс. населения), смертность от туберкулеза – на 47,9% (с 11,9 до 6,2 на 100 тыс. населения).

Яковлева Людмила Петровна, тел. + 7 (964) 426-72-42, e-mail: lpyak95@mail.ru