



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



ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ РАБОТА В МЕГАПОЛИСЕ: ОБЪЕМ, ЗАТРАТЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Материалы V Ежегодной конференции московских фтизиатров

В соответствии с распоряжениями Департамента здравоохранения города Москвы от 04.09.2017 № 945-р и № 1026-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 14–15 сентября 2017 года V Ежегодную конференцию московских фтизиатров «Профилактическая противотуберкулезная работа в мегаполисе: объем, затраты, эффективность», целью которой было дальнейшее совершенствование работы противотуберкулезных учреждений города Москвы.

В этом номере журнала мы начинаем традиционную публикацию поступивших в адрес Оргкомитета конференции тезисов, представляя вниманию читателей материалы по эпидемиологии туберкулеза и организации противотуберкулезных мероприятий.

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

Редакционная коллегия

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ В МЕГАПОЛИСЕ В УСЛОВИЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ Г. КАЗАНИ

А.П. Алексеев, А.В. Никитин

ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» Минздрава Республики Татарстан, г. Казань

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Татарстан в целом благоприятная. По итогам 2016 г. по пораженности постоянного населения туберкулезом Татарстан занимает 22-е место среди 85 субъектов Российской Федерации (2015 г. – 19-е место) и 4-е место среди 14 субъектов Приволжского Федерального округа (ПФО).

Показатель регистрируемой заболеваемости туберкулезом в 2016 г. в целом составил 36,8 на 100 тыс. населения (2015 г. – 39,5), детей 0–14 лет – 7,3 (2015 г. – 7,3), детей 15–17 лет – 15,1 (2015 г. – 18,7). В 2016 г. заболеваемость туберкулезом в субъекте на 31,0% ниже, чем в среднем по РФ (53,3 на 100 тыс. населения) и на 29,9% ниже, чем в среднем по ПФО (52,5 на 100 тыс. населения).

Распространенность множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МЛУ МБТ) среди больных туберкулезом органов дыхания составила 12,4 на 100 тыс. населения (РФ – 25,8; ПФО – 25,9), в т.ч. среди впервые зарегистрированных больных – 2,9 на 100 тыс. (РФ – 5,6; ПФО – 6,6). Доля больных с МЛУ МБТ среди больных туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением среди контингентов, состоящих на учете на конец 2016 г., равна 37,5% (РФ – 51,2%; ПФО – 52,4%), среди впервые выявленных в 2016 г. больных – 20,5% (РФ – 25,7%; ПФО – 29,6%).

Показатель смертности от туберкулеза составил 3,9 на 100 тыс. населения (2015 г. – 4,9). Смертность от туберкулеза в субъекте на 50,0% ниже, чем в среднем по России (7,8 на 100 тыс.), и на 33,9% ниже, чем в среднем по округу (5,9 на 100 тыс.).

В Казани проживает более 1216 тыс. чел., или 31,4% всего населения Республики Татарстан. В связи с этим, а также принимая во внимание увеличивающийся поток туристов и мигрантов, проведению противотуберкулезных мероприятий в столице уделяется повышенное внимание. Деятельность противотуберкулезной службы обеспечивается путем одноканального финансирования в рамках программы обязательного медицинского страхования. Особенностью преимущественно одноканального финансирования является финансирование учреж-

дения из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования через страховые медицинские организации. При этом средства на приобретение оборудования, капитальный ремонт государственных медицинских организаций выделяются непосредственно из регионального бюджета.

Опыт работы в данной системе показывает, что переход на преимущественно одноканальное финансирование противотуберкулезных медицинских организаций вполне осуществим. Однако необходимо отметить, что специфика лечебно-диагностических мероприятий при туберкулезе, социальная значимость противотуберкулезных мероприятий учитываются системой ОМС не в полном объеме. В частности, не предусмотрена тарификация профилактической деятельности врача, связанной с посещением больных на дому, кураторскими выходами в территориальные ЛПУ.

Основными требованиями к ЛПУ и врачу в условиях ОМС являются: соблюдение плана государственного задания, в т.ч. по критериям кратности посещений в одном обращении по поводу заболевания, соблюдение юридических условий оказания медицинской помощи (а именно – наличие гражданства, полиса обязательного медицинского страхования), соблюдение критериев качества оказания медицинской помощи, предъявляемых со стороны ТФОМС и прочие.

Основными направлениями противотуберкулезной работы в условиях мегаполиса, которые должны быть дополнительно учтены при одноканальном финансировании противотуберкулезных медицинских организаций, являются:

- организация взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями первичной медико-санитарной помощи по своевременному и полному охвату населения профилактическими осмотрами;
- обеспечение контролируемого лечения туберкулеза;
- выявление туберкулеза у мигрантов;
- расширение границ очагов туберкулезной инфекции и проведение в них полноценных противоэпидемических мероприятий.

Никитин Алексей Викторович, тел.: 8 (843) 277-13-13, + 7 (917) 397-93-11, e-mail: Guz.Rkpd@tatar.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПОПУЛЯЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В БУРЯТИИ

М.В. Бадлеева¹, С.Н. Жданова², О.Б. Озарков^{2,3}, П.А. Хромова², Е.Д. Савилов^{2,3}, А.Н. Зарбуев⁴

Цель исследования

Выявление эпидемических и эндемических генотипов микобактерий туберкулеза (МБТ), циркулирующих на территории Республики Бурятия.

Материалы и методы исследования

Проведен динамический мониторинг современной популяции возбудителя, циркулирующей среди больных туберкулезом. В анализ включена выборка из 337 эпидемически не связанных штаммов МБТ, которые выделены от больных с различными формами туберкулеза легких, находившихся на лечении в Республиканском клиническом противотуберкулезном диспансере г. Улан-Удэ в январе 2010 – декабре 2015 гг.

Исследования штаммов проведены методами MIRU-VNTR типирования по 24 локусам, LSP-типирования по RD 105, 207, 142, 150 и 181, а также путем скрининга изолятов на наличие SNPs, специфичных для клонов CC1 и CC2/W148 (Merker M. et al., 2015). Кроме этого, был проведен анализ 24-MIRU-VNTR профилей штаммов генотипа Beijing в соответствии с классификацией, предложенной M. Merker et al. (2015).

Результаты исследования

Генотип Beijing, как и в других регионах России, имело большинство штаммов изучаемой выборки (64,1%, 216/337), из которых 15 были с уникальными MIRU-VNTR профилями, не представленными в базах данных SITVIT и MIRU-VNTRplus. Выявлено два неклассифицированных MIRU-VNTR профиля (orphan). Штаммы без делеций в RD 105/207 были идентифицированы как LAM (16,9%, 57/337), Ural (7,4%, 25/337), T (3,9%, 13/337). В небольшом количестве выявлены генотипы других семейств: S (1,2%, 4/337), Haarlem (1,4%, 5/337), X (0,6%, 2/337) и Uganda (0,3%, 1/337). Общая доля наиболее распространенных субтипов Beijing – CC1 и CC2 – была ниже, чем на прилегающей к Бурятии территории Иркутской области ($p < 0,01$). Эти два субтипа составили суммарно 56,0% штаммов Beijing (121/216), что не является характерным для структуры популяции МБТ, циркулирующих на территории России (Mokrousov I. et al., 2012; 2015). В иркутской группе генотипа Beijing доля CC1 и CC2 штаммов составила 82,3%, а в выборке из 29 изолятов из Забайкальского края – 27,8% (С. Н. Жданова и др., 2017).

Выявленная структура штаммов Beijing носит отличный от других территорий вид вследствие значимого присутствия других, характерных для Бурятии вариантов возбудителя.

В исследуемой выборке субтип Beijing MIT 642, обнаруженный в 15,4% случаев (52/337), можно рассматривать как «эндемичный», т.е. имеющий эпидемическое распространение на ограниченной территории. Этот субтип встретился среди изолятов как от впервые выявленных больных (3,4%, 24/186), так и от пациентов с хроническим течением туберкулеза (7,0%, 28/147), достоверно по частоте не различаясь ($p = 0,125$).

Каких-либо этнических особенностей больных туберкулезом, пораженных штаммами Beijing MIT 642, не выявлено: этот субтип отмечен со сходной частотой ($p = 0,79$) в группах славян (27/171) и бурят (25/176). Это дает возможность судить об устойчивости резервуара инфекции, вызываемой этим субтипом, давность которого позволила распространиться ему в обеих этногруппах, но на ограниченной территории Бурятии и близлежащих регионов. В пользу наличия единого для разных этнических групп резервуара инфекции свидетельствует наличие общих кластеризованных MIRU-VNTR-24 профилей у штаммов Beijing MIT 642. Высокий уровень кластеризации ($CR = 0,73$) выявлен наряду с обнаружением двух крупных групп с идентичными профилями 224233342644425173343732 (24 штамма) и 224233342644425173343832 (13 штаммов), одинаково часто распределенными у разных этнических составляющих когорты больных туберкулезом в Бурятии.

При этом все профили по 24 MIRU-VNTR локусам были отнесены к клональному комплексу BL7, включающему предковые формы генотипа Beijing. Несмотря на отнесение штаммов Beijing MIT 642 к «предковым» вариантам Beijing по профилю MIRU-VNTR (Merker M. et al., 2015), их ДНК не имели специфических делеций в RD 150, 181, 142, характерных для предковых линий, распространенных в Юго-Восточной Азии (Luo T. et al, 2015; Yin Q. et al, 2016). К тому же в трех случаях у штаммов Beijing MIT 642 определена специфическая для W148 клона инвертированная инсерция IS6110.

Дополняет разнообразие Beijing в Бурятии наличие штаммов с профилем, отвечающим по 12 локусам MIRU-VNTR MIT 137 – 5,1% (11/216), образующих две группы из идентичных профилей, отличающихся числом повторов в высоко вариабельном локусе Qub 26. Ни один из вышеуказанных штаммов не имел характерной для W148 инсерции. К редким, обнаруженным нами только среди больных исследованной выборки следует отнести единичные (один-пять) штаммы Beijing MIT 82,

¹ ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет», г. Улан-Удэ.

² ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», г. Иркутск.

³ Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Иркутск.

⁴ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Улан-Удэ.

86, 87, 97, 121, 123, 135, 245, 701, 721. Согласно базе SITVIT изоляты с аналогичными профилями наиболее часто циркулируют в Юго-Восточной Азии (Сингапур, Япония, Вьетнам) (Wan K., et al, 2011), но не Северной Азии, где находится исследуемая территория. С частотой до 5% в выборках присутствуют также субтипы Beijing MIT 83, 571, 592, которые обнаруживали уже на территории России другие исследователи, а также фигурируют в базе SITVIT. В этой разнообразной группе минорных вариантов Beijing в шести случаях определена специфическая для W148 инсерция.

Заключение

Полученные результаты свидетельствуют, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в изучаемом регионе складывается как сумма воздействий на чувствительную человеческую популяцию эндемичных штаммов, широкое распространение которых характерно только для данной территории (Beijing клонального комплекса BL7 (MIT 642)), и убиквитарных или пандемических штаммов МБТ, для которых свойственно глобальное распространение (Beijing CC1 и CC2).

Бадлеева Мария Владимировна, тел. + 7 (902) 563-91-70, e-mail: <mailto:mbadleeva@mail.ru>

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ В 2010–2016 гг.

О.Д. Баронова, В.С. Одинец, С.А. Акинина, Л.В. Рудобаха, Т.И. Новикова

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

Цель исследования

Оценить изменение методов выявления и структуры клинических форм у студентов вузов в Ставропольском крае.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ данных 101 амбулаторной карты заболевших туберкулезом студентов вузов Ставропольского края в 2010–2016 гг. в возрасте от 17 до 25 лет. Также проведен анализ эпидемических показателей по туберкулезу в зависимости от возраста на основании форм статистической отчетности. В течение 2010–2016 гг. выделены два временных периода: 2010–2012 гг. (56 больных), когда диагностика туберкулеза проводилась с использованием флюорографических осмотров и пробы Манту с 2 ТЕ до 18-летнего возраста, и 2013–2016 гг. (45 больных), когда среди лиц молодого возраста, наряду с флюорографическими осмотрами, проводили скрининг туберкулеза с использованием аллергена туберкулезного рекомбинантного (АТР) и КТ органов грудной клетки.

Результаты исследования и обсуждение

Среди 101 впервые выявленного больного туберкулезом преобладали студенты мужского пола (57 чел. – 56,4%), доля молодых лиц в возрасте 18–20 лет составила 47,5%, от 20 до 25 лет – 52,5%. У девяти пациентов (8,9%), обратившихся с соответствующими жалобами, выявлены внелегочные локализации туберкулеза.

В период с 2010 по 2012 гг. туберкулез органов дыхания у студентов вузов выявлен при профилактическом осмотре у 33 чел. (58,9%), при обращении с жалобами – у 23 чел. (41,1%).

Использование в скрининге туберкулезной инфекции у лиц молодого возраста пробы с АТР (2013–2016 гг.) привело к тому, что доля активного выявления выросла до 73,3% случаев (33 чел.), причем туберкулез у четырех студентов (9,5%) выявлен по положительному и гиперергическому результату пробы с АТР с последующим проведением КТ, в то время как при флюорографическом осмотре патология органов грудной полости не была выявлена.

В структуре клинических форм туберкулеза в 2010–2012 гг. среди студентов преобладала инфильтративная форма – 64,0%, что сопоставимо с данными 2013–2016 гг. (61,9%). При этом доля очаговых форм выросла с 18,0 до 28,6%, а диссеминированная форма зарегистрирована в 10% случаев в 2010–2012 гг. и в 2,4% – в 2013–2016 гг. Другие формы туберкулеза (туберкулемы, экссудативный плеврит, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов) встречались с приблизительно одинаковой частотой.

Деструкция легочной ткани выявлена у 12 (21,4%) и 11 (24,4%) заболевших студентов соответственно. МБТ в мокроте обнаружены различными методами или их сочетании у 15 больных (26,8%) в 2010–2012 гг. и у 18 (42,9%) – в 2013–2016 гг. Таким образом, на фоне улучшения клинической структуры выявленного туберкулеза доля больных-бактериовыделителей среди студентов выросла в 1,6 раза. Среди бактериовыделителей число студентов с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя было незначительным – с 2010 по 2016 гг. выявлено всего четыре случая: один (6,7%) – в 2010–2012 гг. и три (16,7%) – в 2013–2016 гг. Изменения микробиологических характеристик впервые

выявленного туберкулеза во многом связаны с оснащением противотуберкулезных лечебных организаций Ставропольского края современным лабораторным оборудованием (автоматизированная система ВАСТЕС™ MGIT™ 960).

С 2010 по 2016 гг. показатель заболеваемости студентов имел устойчивую тенденцию к снижению: с 21,6 на 100 тыс. студентов до 13,7 случаев на 100 тыс., что составило 36,6% и соответствует общей тенденции снижения заболеваемости туберкулезом во всех возрастных категориях населения

края: с 49,6 на 100 тыс. до 31,6 на 100 тыс. населения, соответственно.

Выводы

За последние три года, по сравнению с данными 2010–2012 гг., внедрение новых технологий выявления туберкулеза среди студентов привело к улучшению клинической структуры туберкулеза легких. Имеется тенденция к росту числа случаев МЛУ возбудителя среди бактериовыделителей молодого возраста.

Баронова Ольга Дмитриевна, тел. + 7 (962) 453-66-37, e-mail: baronova_stav@mail.ru

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

М.Ф. Губкина^{1,2}, Ю.Ю. Хохлова¹, Е.С. Овсянкина¹, И.Ю. Петракова¹, Н.В. Юхименко¹, Н.В. Золотова¹, А.А. Ахтямова¹

Актуальность исследования

Социальный статус семьи, в которой проживает больной туберкулезом, является одним из критериев оценки степени эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции.

Цель исследования

Определить ведущие социальные факторы риска заболевания туберкулезом на примере анализа социального статуса семей в очагах туберкулезной инфекции.

Материалы и методы исследования

Изучены социальные характеристики 186 очагов туберкулезной инфекции (за 12 лет – с 2004 по 2015 гг.), в которых проживали дети, заболевшие туберкулезом и находившиеся в эти годы на лечении в ФГБНУ «ЦНИИТ». Для оценки социального статуса семьи использовали информацию, полученную при сборе анамнеза при госпитализации ребенка, сведения о семье, указанные в выписках из противотуберкулезных диспансеров. Дополнительные сведения, регистрируемые в «Карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза», получали от участкового фтизиатра по официальным запросам. Как метод сбора информации использовали также анкетирование. Анкета была разработана совместно с группой психологов ФГБНУ «ЦНИИТ» согласно научной тематике института и включала вопросы, касающиеся уровня образования родителей, профессии, места работы, материального достатка, жилищно-бытовых условий, наличия вредных привычек, состава семьи, санитарно-гигиенических навыков, осведомленности о туберкулезе как инфекционном заболевании. По уровню материального благосостояния выделяли семьи малообеспеченные и семьи с удовлетворительным достатком; по уровню санитарной грамотности – с низкой и достаточной санитарной грамотностью (НСГ и ДСГ); по уровню образования – с низким уровнем образования (среднее/ниже

среднего) – НУО и высоким уровнем образования (среднее специальное/высшее) – ВУО; при оценке состава семьи выделяли полные и неполные семьи. Отдельно вычисляли долю многодетных семей и семей мигрантов. К социопатическим семьям относили семьи, в которых родители страдали алкоголизмом, наркоманией, бывали в местах лишения свободы, были ограничены в родительских правах или лишены их. Оценивали частоту встречаемости различных социальных факторов риска заболевания туберкулезом. Помимо этого, проанализированы частота сочетания различных социальных факторов и характер корреляционной связи между ними: уровня образования и материального обеспечения семьи, уровня образования и санитарной грамотности, состава семьи и уровня материального обеспечения. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью критерия χ^2 Пирсона, t-критерия Стьюдента для несвязанных совокупностей при сравнении средних величин. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента контингенции Шарлье с последующей оценкой достоверности полученных результатов. Силу корреляционной связи оценивали по шкале Чеддока.

Результаты исследования

Наиболее частым социальным фактором риска заболевания туберкулезом явился низкий уровень материального достатка семьи: малообеспеченные семьи составили 55,4% (различия достоверны по сравнению с другими изученными социальными факторами, $p < 0,001$). Такие критерии социального неблагополучия семьи, как низкий уровень образования (НУО), низкая санитарная грамотность (НСГ), неполный состав семьи, наблюдались практически в равных долях (42,0%, 36,0%, 35,5%), различия не достоверны ($p > 0,3$). На долю социопатических семей

¹ ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва.

² ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.

приходилось 18,3% ($p < 0,001$, по сравнению с предыдущими социальными факторами). Семей мигрантов (4,8%) и многодетных семей (3,2%) было достоверно меньше, чем социопатических ($p < 0,001$). Сочетание малообеспеченных семей с НУО отмечалось чаще, чем с ВУО (33,9% и 21,5%), обеспеченных, напротив, чаще с ВУО, реже с НУО (36,6% и 8,1%, $p < 0,010$). Корреляционная связь между степенью финансового благополучия семьи и уровнем образования была средняя значимая ($t = 0,4$, $p < 0,001$): семьи с высшим и средним специальным образованием были более обеспеченными, семьи с низким уровнем образования имели низкий уровень дохода. Сопоставление уровня образования и санитарной грамотности показало, что сочетание ВУО с ДСГ встречалось в 51,1% случаев, с НСГ – 7,0%; НУО и ДСГ составили 12,9%, НУО и НСГ – 29,0% ($p < 0,01$). Установлена заметная значимая корреляционная связь между уровнем образования и уровнем санитарной грамотности: чем

выше образование семьи, тем выше был уровень санитарной грамотности и наоборот ($t = 0,58$, $p < 0,001$). Среди полных семей в равных долях встречались как обеспеченные (32,8%), так и малообеспеченные (31,7%) семьи, среди неполных семей больше было малообеспеченных (23,7%) и меньше обеспеченных (11,8%, $p < 0,05$). Корреляционная связь между составом семьи и уровнем финансового благополучия была хотя и слабая, но заметная ($t = 0,17$, $p < 0,02$): полные семьи чаще были материально обеспеченными по сравнению с неполными.

Заключение

Наиболее значимым социальным фактором риска заболевания туберкулезом лиц из очага туберкулезной инфекции является низкий уровень материального благосостояния семьи (55,4%). Ситуация усугубляется низким уровнем санитарной грамотности семей в плане санитарно-гигиенических навыков и знаний о туберкулезе как инфекционном заболевании (36,0%).

Губкина Марина Федоровна, тел. + 7 (499) 785-90-27, e-mail: detstvocniit@mail.ru

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

В.А. Дорогань, В.А. Изупов, Т.В. Зырянова, И.А. Монакова

*ГБУЗ Новосибирской области «Новосибирский областной клинический противотуберкулезный диспансер»,
г. Новосибирск*

Во фтизиатрической службе Новосибирской области более 15 лет функционирует отделение при областном ПТД для диспансерного наблюдения и лечения лиц без определенного места жительства, больных туберкулезом. По нашим данным, количество бездомных в г. Новосибирске велико. По данным Центра срочной социальной помощи, число впервые обратившихся за социальной помощью составило более 18 тыс. за 2016 г., и тенденция к росту этой цифры сохраняется в течение последних 10–15 лет. Одной из причин этого роста является увеличение миграционных потоков через наш мегаполис.

Показатель заболеваемости туберкулезом лиц БОМЖ очень высок и превышает средний показатели для населения области. Среди больных туберкулезом лиц БОМЖ в 2016 г. множественная лекарственная устойчивость выявлена у каждого третьего (34,2%). В последние годы у них отмечен значительный рост сочетания ВИЧ-инфекции и туберкулеза (в 2016 г. среди впервые выявленных – 40,0%, в 2006 г. – 2,9%).

За 15 лет работы мы накопили уникальный опыт, сформировали новые подходы к решению трудной работы с этим контингентом наших граждан: отработаны схемы выявления, наблюдения, взаимодействия с общей лечебной сетью, диспансерами и стационарами внутри фтизиатрической служ-

бы социальными службами города и области. Работает центр госпитализации больных туберкулезом органов дыхания лиц БОМЖ.

Уже на первых порах стало ясно, что для успешного лечения без решения многих социальных проблем лиц БОМЖ не обойтись. Выработан комплексный мультидисциплинарный подход к оказанию медико-социальной помощи данному контингенту, в штат сотрудников введен социальный работник. Наличие такого специалиста позволило решать вопросы социальной реабилитации больных, так как Центр срочной социальной помощи больными туберкулезом не занимается. Отработаны методики социальной реабилитации этого контингента, что позволило расширить им медицинскую помощь, которая ранее не была доступна из-за пробелов в действующем законодательстве.

Помимо выявления и госпитализации лиц БОМЖ, больных туберкулезом легких, обратившихся в диспансерное отделение, мы решаем очень важную задачу: диспансерное наблюдение и амбулаторное лечение этого контингента. Соответствующая материальная база отделения делает диспансерное наблюдение и лечение полноценными. В диспансере есть клиническая лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики.

Организация контролируемого амбулаторного лечения является, пожалуй, наиболее сложной задачей. Выработать положительную мотивировку у лица БОМЖ на необходимость лечения сама по себе задача сложная. Больные порой просто отказываются от лечения, особенно если уже достигнут положительный клинический эффект. В диспансерном отделении больным, получающим амбулаторное лечение, выдаются продовольственные наборы, которые в большей степени стимулируют больных к продолжению лечения, настраивая их на положительную мотивацию к лечению. В результате проводимых мероприятий процент отрывов за последние пять лет уменьшился с 42,7 до 7,5%.

Наличие в структуре фтизиатрической службы мегаполиса специализированного отделения для лиц БОМЖ позволило

добиться значительных успехов среди этого очень сложного контингента. По результатам 2016 г. прекращение бактериовыделения среди впервые выявленных достигнуто в 31,6% случаев, закрытие полостей распада – в 18,0% (в 2006 г. эти показатели были равны всего 4,6% и 2,3% соответственно).

Таким образом, наличие во фтизиатрической службе г. Новосибирска отделения для лиц БОМЖ, больных туберкулезом, с его отработанными механизмами позволяет решать проблему оказания специализированной помощи среди данной категории граждан. За время своего существования учреждению удалось доказать его необходимость, своевременность появления и востребованность у этой категории граждан и в целом у города.

Изупов Валерий Анатольевич, тел.: + 7 (913) 905-77-05, + 7 (383) 362-13-83, e-mail: ftiz@yandex.ru

КЛАСТЕРНЫЙ АНАЛИЗ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМ И МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ

А.В. Ершова

ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. И. Канта», г. Калининград

Актуальность исследования

В современных социально-экономических условиях определение влияния различных факторов на распространение туберкулеза является весьма важной задачей. Особенно это важно на региональном уровне, поскольку у каждого региона имеются свои выраженные экологические, социально-экономические и, что самое важное, медико-организационные особенности. Проведено достаточно много исследований социально-экономического и демографического состояния Калининградской области, которые показывают неравномерное развитие и существенные различия между западом, характеризующимся положительной динамикой показателей, и востоком области – с негативными тенденциями в развитии. При изучении показателей заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза по муниципальным округам также имеется неоднородность.

Цель исследования

Изучить влияние социально-экономических, экологических и медико-организационных факторов на основные эпидемиологические показатели: заболеваемости, смертности и распространенности туберкулеза на субрегиональном уровне.

Материалы и методы исследования

Использованы формы федерального статистического наблюдения: ф. № 33 «Сведения о больных туберкулезом», ф. № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», ежегодные отчеты Федеральной службы государственной

статистики Калининградской области. Анализировали сведения за 2008–2015 гг. по 13 эпидемиологическим, социально-экономическим и медико-организационным показателям: заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения, распространенность туберкулеза на 100 тыс. населения, смертность от туберкулеза на 100 тыс. населения, количество выбросов от стационарных источников загрязнения, выбросы газообразных и жидких веществ, тыс. т; выбросы углеводородов, выбросы оксида азота, число проживающих в ветхом и аварийном жилье, среднедушевой доход в месяц, численность населения с доходом ниже прожиточного минимума, показатель безработицы, обеспеченность врачами-фтизиатрами, охват профилактическими осмотрами на туберкулез.

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета Microsoft Office XP и пакета для статистической обработки данных STATISTICA 10.0. Перед проведением кластеризации было выполнено усреднение взятых для анализа данных за период 2008–2015 гг. Для определения оптимального числа кластеров использован метод древовидной кластеризации, по ее итогам проводили кластерный анализ с использованием метода k-средних и числом кластеров, равным трем.

Результаты исследования

По результатам анализа проведена классификация муниципальных округов на три кластера, различающихся по вышеперечисленным показателям. В первый кластер вошли г. Калининград, Светловский, Янтарный, Светлогорский,

Зеленоградский и Пионерский муниципальные образования. Эти образования характеризуются относительным эпидемиологическим благополучием по туберкулезу (показатели заболеваемости, смертности и распространенности ниже областных), высокими социально-экономическими показателями, высоким процентом охвата профилактическими осмотрами на туберкулез (85–87% от числа подлежащих, по отдельным контингентам до 95%) и достаточной обеспеченностью врачами-фтизиатрами. Помимо перечисленных факторов, географические особенности – близость к морскому побережью западных районов области – также способствует развитию экономики, социальной сферы и служит приоритетным направлением при внутриобластной миграции.

Во второй кластер вошли Гурьевский, Гвардейский, Правдинский, Мамоновский, Ладужинский, Гусевский, Балтийский муниципальные образования, переходные по эпидемиологическим и социально-экономическим показателям и характеризующиеся отсутствием выраженных тенденций в динамике показателей. Охват профилактическими осмотрами там ниже областного уровня (в пределах 75–81% от числа подлежащих обследованиям).

Третий кластер составили Нестеровский, Неманский, Краснознаменский, Озерский, Советский, Багратионовский, Полес-

ский, Черняховский, Славский муниципальные образования с высокой безработицей, низким образовательным уровнем трудовых ресурсов, низкой заработной платой и негативными демографическими тенденциями с выраженным эпидемиологическим неблагополучием (высокие показатели заболеваемости, смертности и распространенности). Все это способствует оттоку молодого населения из этих районов и усугублению неблагоприятных тенденций. В большинстве своем охват осмотрами намного ниже областного уровня, в отдельных муниципальных образованиях не превышает 60%. Существенных различий между вторым и третьим кластером по обеспеченности врачами-фтизиатрами не выявлено, в отдельных муниципальных образованиях он ниже рекомендуемого норматива, не во всех районах имеются врачи-фтизиатры, что наглядно демонстрирует одну из проблем области – нехватку кадров противотуберкулезной службы.

Заключение

Результаты классификации муниципальных образований методом кластерного анализа демонстрируют влияние социально-экономических, экологических и медико-организационных факторов на эпидемиологические показатели в пределах одного региона.

Ершова Алина Вячеславовна, тел. + 7 (981) 453-12-02, e-mail: ershova.alina88@yandex.ru

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПЕНИТЕНЦИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

В.М. Коломиец

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

При резком ухудшении эпидемической ситуации по туберкулезу в конце XX столетия особое место занимали поиск и интенсификация путей ее улучшения в учреждениях пенитенциарной системы (ПС). В результате успешного выполнения Федеральной целевой программы (2007–2012 гг.) интерес к данной проблеме значительно снизился, однако ее решение и при реализации Национального проекта «Здоровье» (НПЗ) продолжает оставаться актуальной задачей, а показатели эпидемической ситуации в ПС являются одними из индикаторов эффективности работы здравоохранения.

Цель исследования

Изучение особенностей туберкулеза и оказания специализированной медицинской помощи больным туберкулезом (СМПТ) в пенитенциарных условиях.

Материалы и методы исследования

Исследования были начаты при стабилизации эпидемической ситуации и продолжаются в условиях реализации НПЗ. Наблюдают нуждающихся в оказании СМПТ социально дезадаптированных лиц (СДЛ), находящихся в ПС. В СМПТ в

условиях стационара ежегодно нуждались от 3,1 до 4,9% из всего контингента СДЛ. Использовали методы диагностики и лечения, согласно приказам № 109 № 951 Минздрава России, включая молекулярно-генетические технологии. Анализировали результаты обследования и наблюдения 1661 СДЛ, в т.ч. 439 впервые выявленных с различными клиническими формами туберкулеза (I группа), 115 – с рецидивом (II группа), 340 – с хроническим течением туберкулеза (III группа) и 569 (IV группа) «диагностических» больных (нуждающиеся в обследовании для установления активности и лица, нуждающиеся в проведении дифференциальной диагностики и верификации этиологии легочного процесса).

Результаты исследования

В период реализации НПЗ отмечено постепенное улучшение эпидемической ситуации в наблюдаемых контингентах ПС, однако затем наступила ее неустойчивая стабилизация на уровне контролируемой эпидемии. При этом совершенно отчетливо фиксируются различия в основных индикаторах эффективности по контингентам исправительных учреждений

и СИЗО. Контингенты СДЛ, нуждающиеся в оказании СМПТ, неоднородны, впервые выявленные больные составляли не более 30,0%. Самой многочисленной группой (38,9%) были «диагностические» больные, а этот контингент СДЛ практически ранее никогда не учитывался при прогнозировании и планировании противоэпидемических мероприятий, которые тоже требуют значительных материально-технических затрат.

Следующей особенностью является широкое использование индивидуализированных режимов химиотерапии, примененных (соответственно в I, II и III группах) у 71,3%, 84,5% и у 94,3% больных. К особенностям можно отнести и постоянное использование патогенетических средств, прежде всего иммуностимуляторов, а также максимальное привлечение администрации УФСИН к контролю за выявлением и лечением.

Установлено значение как факторов риска частоты судимостей и продолжительности пребывания в ПС. Изучено также влияние степени трудоустроенности и качества питания. Риск заболевания туберкулезом повышается при наличии сопутствующих заболеваний в 1,3 раза (при нахождении в экстремальных условиях – в 1,7 раза) выше, чем у здоровых, находящихся в аналогичных условиях. При одновременном влиянии таких факторов, как наличие сопутствующих заболеваний, пребывание в экстремальных условиях и условный контакт с больным, риск заболевания туберкулезом повышается в четыре раза, а риск возникновения активного туберкулеза – почти в семь раз.

Впервые изучено влияние как факторов риска психофункционального состояния СДЛ, таких как чувство одиночества и тоски, растерянности и страха, подавленности и безысходности, состояние раздражения, напряжения и агрессии, ощущение усталости, отсутствия надежды на лучшее будущее. Выявлена выраженная прямая корреляционная связь между заболеваемостью и состоянием раздражения, напряжения и агрессии ($r = 1,0$), а также надежды на лучшее будущее ($r = 0,9$). В то же время отмечена обратная, более выраженная связь

между частотой агрессивных, аутоагрессивных проявлений у СДЛ с психическими отклонениями (соответственно коэффициенты r равны 0,98, 0,99 и 0,97).

По данным когортного анализа, частота клинического излечения повышалась в течение пяти лет с 34 до 60,3%, закрытие полостей распада – с 63,5 до 71,8%, а прекращение бактериовыделения – с 74,1 до 75,5% больных. В условиях же здравоохранения удалось достичь показателей, аналогичных приведенным, не более чем у 22–27%, 59,9–63,4% и 64,8–71,2%.

Приоритетным направлением в предупреждении распространения туберкулеза при контролируемой эпидемии и интенсификации СМПТ в условиях ПС остается неспецифическая социальная профилактика с учетом факторов риска. В настоящее время приоритетное значение имеют контингенты ВИЧ-инфицированных СДЛ, так как пораженность ВИЧ достигла 9,6 на 100 тыс., а заболеваемость ВИЧ СДЛ составляет практически почти 50% заболеваемости туберкулезом в ПС.

Заключение

Результаты исследований показывают возможность интенсифицировать СМПТ, контролировать эпидемию в пени-тенциарных условиях и улучшать эпидемическую ситуацию при интегрированном проведении противоэпидемических мероприятий усилиями администрации и всех служб системы ФСИН. Установление значения факторов риска, особенно социального характера, позволяет разрабатывать целенаправленные меры по предупреждению распространения инфекции, применяя прежде всего метод неспецифической профилактики. Применение индивидуализированных режимов антибактериальной терапии позволяет значительно повысить эффективность клинической реабилитации. В результате создаются условия для повышения эффективности выполнения целевых программ при реализации Национального проекта «Здоровье».

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

РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Т.В. Кудряшова

*ГБУЗ АО «Вельская центральная районная больница», г. Вельск
АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области»*

Вельский район (население около 53 тыс. чел.) находится на юге Архангельской области в 500 км от областного центра. Противотуберкулезный кабинет (ПТК), обслуживающий население всего района, имеет богатую историю, ведь образована фтизиатрическая служба была более 70 лет назад. Казалось бы, за столь долгое время борьбы с этим страшным заболеванием человек уже должен почувствовать себя победителем,

но сложившуюся современную ситуацию с туберкулезом называть утешительной нельзя. Работа специалистов невероятно осложняется большой территорией и протяженностью района (10,1 тыс. км²). Иногда до очага приходится добираться несколько часов по лесным грунтовыми дорогам, а в период распутицы в некоторые населенные пункты попасть не представляется возможным. Поэтому наряду с основными

задачами ПТК: выявлением, учетом, лечением больных туберкулезом, изучением эпидемической обстановки – особое внимание уделяется проведению мероприятий по профилактике среди населения. Медицинские сестры ПТК ищут все новые формы работы, стараясь привлечь к проблеме как можно большее количество неравнодушных, понимающих и имеющих авторитет вельчан.

В течение нескольких лет в районе по инициативе специалистов ПТК реализуют проект «Остановим туберкулез в нашем районе», который широко поддержан не только сотрудниками Вельской ЦРБ, но и администрацией города и района, отделом ОМВД, учреждениями общего и профессионального образования, районным Советом молодежи, средствами массовой информации. Проект включает в себя проведение конференций, организацию обучающих семинаров для школьников и студентов, проведение мероприятий по информированию общественности и населения по вопросам профилактики туберкулеза, пропаганде здорового образа жизни, а также разработку и распространение информационных материалов. Большим плюсом проекта является его направленность на развитие волонтерского движения. Ежегодно проводится более 200 мероприятий. В рамках проекта в преддверии Всемирного дня борьбы с туберкулезом проходит традиционная акция «Белая ромашка». Особое внимание уделено спортивным мероприятиям. Информацию об особенностях заболевания ежегодно узнают более 3 тыс. человек, увеличивается количество флюорографических обследований.

Уже стало традицией оказывать помощь не только больным туберкулезом, но и их семьям, ведь это заболевание остро нуждается в работе со всеми членами семьи. Новый год, День защиты детей, День борьбы с туберкулезом и другие символичные даты – отличный повод показать людям, что они со

своей бедой не остаются одинокими. Чтобы поддержать детей, чьи родители болеют туберкулезом и не имеют возможности баловать малышей, ПТК организует акции с выдачей продуктовых наборов, в которых принимают участие депутаты, члены политических партий, предприниматели, медики, благотворительный фонд «Легкое дыхание», неравнодушные вельчане.

Любой успешный проект будет жить, если получит достойное продолжение. Всколыхнув общественность единожды, важно удержать инициативу. Именно поэтому в феврале 2017 г. совместно с АРОО «Объединение медицинских работников Архангельской области» была организована и проведена межрайонная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы развития сестринского дела», целью которой являлось распространение научных знаний и обмен практическим опытом среди специалистов сестринского дела, других специалистов в области оказания медицинской и профилактической помощи населению Архангельской области. Особое внимание выступающих было посвящено теме профилактики туберкулеза.

Благодаря проводимым мероприятиям удалось снизить рост заболеваемости и смертности в Вельском районе: в 2015 г. заболеваемость – 25 чел. (48,4 на 100 тыс. населения), смертность – 8 чел. (15,5 на 100 тыс.), в 2016 г. заболеваемость – 18 чел. (35,6), смертность – 6 чел. (11,9).

Форма работы, выбранная медицинскими сестрами ПТК для профилактики заболевания, оказалась успешной и доступной для понимания населению Вельского района. Главным ее достоинством стало объединение огромного количества людей, понимающих, что бороться с туберкулезом необходимо, невзирая на возраст, сферу деятельности и социальную принадлежность.

Кудряшова Татьяна Владимировна, тел.: + 7 (921) 072-54-54, e-mail: t.kudryashowa2013@yandex.ru

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ФСИН РОССИИ

Е.А. Самарина¹, С.Б. Пономарев², С.А. Стерликов¹, Д.А. Кучерявая¹

Актуальность исследования

Российская Федерация занимает третье место в мире (после США и Китая) по числу лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях. При этом на начало 2014 г. женщины составляли 8,2% от общего числа заключенных, что соответствует второму месту в мире. Женщины чаще осуждаются за ненасильственные преступления, связанные с оборотом наркотиков, чаще болеют ВИЧ-инфекцией. Также у них чаще имеются со-

матические проявления стресса, связанного с пребыванием в местах лишения свободы (пенитенциарный стресс). Это позволяет выдвинуть гипотезу о гендерных различиях заболеваемости болезнями органов дыхания.

Цель исследования

Проверка гипотезы о гендерных различиях заболеваемости болезнями органов дыхания мужчин и женщин, находящихся в пенитенциарных учреждениях.

¹ ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва.

² ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», г. Москва.

Материалы и методы исследования

Объект исследования – общая (интервальная) заболеваемость (далее – заболеваемость) болезнями органов дыхания осужденных, находящихся в пенитенциарных учреждениях ФСИН России. Показатель заболеваемости для мужчин и женщин рассчитывали на 100 тыс. осужденных мужчин и женщин соответственно.

Источником информации о числе зарегистрированных заболеваний были сведения ф. № Заб-3 «Сводный отчет о заболеваниях и временной нетрудоспособности лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», а источником информации о среднесписочной численности мужчин и женщин, находящихся в пенитенциарных учреждениях – ф. № ФСИН-6 (до 2014 г. – 1-МЕД) «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателей деятельности медицинской службы».

Анализировали усредненные сведения за четырехлетний период (2012–2015 гг.). Рассчитывали интенсивные показатели, их средние значения и стандартные отклонения; статистическую значимость различий интенсивных показателей за четыре года определяли с помощью t-теста для независимых выборок; при анализе сведений за один год рассчитывали статистическую значимость различий для отношения долей.

Результаты исследования

Усредненная общая заболеваемость болезнями органов дыхания у женщин была в 1,4 раза выше, чем у мужчин ($30\,063,8 \pm 1048,6$ и $26\,546,9 \pm 1121,3$, $p < 0,01$).

Ведущее значение в структуре заболеваемости болезнями органов дыхания составляли острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (коды МКБ-10 J00-J06), которые в структуре болезней органов дыхания составляли 46,5% у мужчин и 44,2% у женщин. Заболеваемость ими женщин была в 1,3 раза выше, чем у мужчин ($15\,928,8 \pm 1107,7$ и $12\,335,6 \pm 1127,0$ соответственно; $p < 0,01$).

Заболеваемость пневмониями (J12-J18) у женщин и мужчин была одинаковой и составляла $854,2 \pm 130,7$ и $845,1 \pm 120,8$ соответственно ($p = 0,9$).

Заболеваемость вазомоторным и аллергическим ринитом (J30.0–J30.4) мужчин и женщин также была одинаковой – $1272,6 \pm 147,5$ и $1220,5 \pm 142,6$ соответственно ($p = 0,9$). Усредненная заболеваемость хроническим ринитом и назофарингитом (J31–J32) у женщин была в 1,3 раза выше, чем у мужчин ($4475,1 \pm 296,2$ и $3359,2 \pm 362,8$ соответственно). Тем не менее риск ошибки первого рода был высок: $p = 0,15$. Это связано с тем, что заболеваемость хроническим ринитом и

назофарингитом росла как у мужчин, так и у женщин, однако у последних она росла быстрее. Если в 2012 г. заболеваемость женщин и мужчин была примерно одинаковой ($3117,6$ и $3000,7$; $p = 0,1$), то в 2015 г. заболеваемость женщин была выше в 1,6 раза ($5796,2$ и $3573,9$ соответственно; $p < 0,01$).

Заболеваемость хроническими болезнями миндалин и аденоидов (J35–J36) женщин была в 1,4 раза выше, чем мужчин ($1530,9 \pm 109,2$ и $1067,3 \pm 101,1$, соответственно; $p < 0,01$). На протяжении четырех лет отмечен рост заболеваемости как у мужчин, так и у женщин.

Заболеваемость женщин хроническим бронхитом, эмфиземой (J40–J43) была в 1,6 раза выше, чем у мужчин ($6044,1 \pm 358,0$ и $3871,2 \pm 351,2$, соответственно; $p < 0,01$). Вместе с тем заболеваемость женщин и мужчин ХОБЛ, бронхоэктатической болезнью (J44–J47) существенно не различалась ($612,2 \pm 156,0$ и $681,7 \pm 141,4$ соответственно; $p = 0,5$).

Заболеваемость женщин астмой, астматическими состояниями (J45–J46) в 1,6 раза выше заболеваемости мужчин ($1006,6 \pm 38,7$ и $631,0 \pm 39,6$ соответственно; $p = 0,01$).

Заключение

Женщины, находящиеся в пенитенциарных учреждениях России, болеют болезнями органов дыхания чаще мужчин. Это обусловлено более высокой их заболеваемостью острыми респираторными инфекциями, хроническим ринитом и назофарингитом, хроническими болезнями миндалин и аденоидов, хроническим бронхитом, эмфиземой, астмой, астматическими состояниями. Не было гендерных различий заболеваемости пневмониями, вазомоторным и аллергическим ринитом.

Более высокая заболеваемость острыми респираторными инфекциями женщин может быть связана с более высокой распространенностью у них ВИЧ-инфекции. Этим же может быть вызван и рост заболеваемости хроническим ринитом и назофарингитом, а также заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов, поскольку заболевания ЛОР-органов являются типичными проявлениями ВИЧ-инфекции.

Причина более высокой заболеваемости женщин хроническим бронхитом, эмфиземой при отсутствии гендерных различий заболеваемости ХОБЛ остается неясной и нуждается в дальнейшем изучении с формированием репрезентативной выборки. Учитывая то, что гендерные различия заболеваемости хроническим бронхитом, эмфиземой и заболеваемости астмой, астматическими состояниями одинаковые (женщины заболевают в 1,6 раза чаще мужчин), можно предположить, что данные состояния имеют одинаковый генез – пенитенциарный стресс).

Стерликов Сергей Александрович, тел. + 7 (925) 507-82-21, e-mail: sterlikov@list.ru