



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



ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР БУДУЩЕГО

Материалы VI Ежегодной конференции московских фтизиатров с международным участием

В соответствии с распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 29.08.2018 г. № 2481-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 20–21 сентября 2018 года VI Ежегодную конференцию московских фтизиатров с международным участием «Противотуберкулезный диспансер будущего», отчет о работе которой опубликован в № 4 нашего журнала за 2018 год.

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

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

Редакционная коллегия

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В.В. Данцев

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Минобороны России», г. Санкт-Петербург

В Вооруженных Силах Российской Федерации (ВС РФ), как и в целом по стране, отмечается устойчивая тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом. В последние годы данный показатель составляет около 20 на 100 тыс. населения как у военнослужащих, проходящих службу по призыву, так и у военнослужащих, проходящих службу по контракту.

Противотуберкулезные мероприятия в ВС РФ включают следующие основные направления:

- недопущение больных туберкулезом граждан на военную службу;
- выделение среди военнослужащих группы лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом;
- выявление туберкулеза у военнослужащих при профилактических медицинских осмотрах (в том числе – флюорографическом обследовании), а также при обращении за медицинской помощью с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом;
- проведение противоэпидемических мероприятий в воинской части при выявлении больного туберкулезом.

Невыполнение вышеперечисленных мероприятий является причиной поступления на военную службу больных туберкулезом, возникновения очагов групповой заболеваемости туберкулезом в войсках. Важнейший этап всего комплекса противотуберкулезных мероприятий – углубленное медицинское обследование молодого пополнения (как по призыву, так и по контракту) по прибытии в войска. Задачи этого этапа: выявить среди молодого пополнения больных туберкулезом, выделить среди молодого пополнения группу лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Для этого медицинской службой выполняются:

- флюорографическое обследование (независимо от срока предыдущего исследования);
- изучение результатов иммунодиагностики;
- изучение медицинской документации пополнения (карты медицинского освидетельствования гражданина);
- объективное обследование (опрос жалоб, целенаправленное изучение анамнеза, врачебный осмотр).

В случае выявления заболевания пациенты госпитализируются в специализированные медицинские организации, что препятствует их попаданию в воинские коллективы.

К группе военнослужащих с повышенным риском заболевания туберкулезом относятся:

- болевшие туберкулезом и состоявшие на учете в противотуберкулезном диспансере до начала военной службы;
- имевшие контакт (семейный, квартирный, бытовой, производственный, профессиональный и др.) с больным туберкулезом;
- находившиеся в местах лишения свободы (СИЗО, ИТУ);
- «рентгеноположительные» – лица с остаточными изменениями в органах дыхания (плотными и кальцинированными очагами и фокусами различной величины, фиброзными изменениями в легочной ткани и лимфатических узлах, плевральными наслоениями и сращениями);
- лица с гиперергической реакцией на пробу Манту и положительной реакцией на пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным;
- лица, нуждающиеся в назначении лучевой, кортикостероидной, цитостатической, иммуносупрессивной терапии, терапии генно-инженерными биологическими препаратами.

Следует отметить, что ВИЧ-инфекция не оказывает значимого влияния на показатели заболеваемости туберкулезом в ВС РФ в связи с налаженной системой выявления и профилактики.

Заболеваемость лиц из группы риска в 10 раз превышает таковую среди военнослужащих, не входящих в группу риска, особенно в первые шесть месяцев военной службы. Поэтому и в современных условиях профилактические мероприятия в группе повышенного риска являются приоритетным направлением в комплексе противотуберкулезных мероприятий в войсках. Военнослужащие с повышенным риском заболевания туберкулезом подвергаются диспансерному динамическому наблюдению для выявления заболевания на ранней стадии, кроме того, им назначается однократный или повторный курс химиопрофилактики. Проведение контролируемой химиопрофилактики военнослужащим в большинстве случаев позволяет предупредить развитие манифестных форм туберкулеза, препятствует развитию групповой заболеваемости.

В ближайшие десять лет, несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом в РФ и ВС РФ, случаи выявления туберкулеза у военнослужащих будут регистрироваться. Сохранять

заболеваемость на минимальных показателях позволит только неуклонное соблюдение требований руководящих доку-

ментов, регламентирующих противотуберкулезные мероприятия в ВС.

Данцев Владимир Викторович, тел. +7 (911) 835-76-96, e-mail: vladimirdancev@yandex.ru

ФОРМИРОВАНИЕ АКТИВНОЙ ЖИЗНЕННОЙ ПОЗИЦИИ У ЛЮДЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

А.Ю. Золотова, О.Б. Ломакина, М.В. Сеницын

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

Актуальность исследования

При лечении больных с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией возникает ряд медицинских и социально-психологических проблем.

«Активная жизненная позиция» – понятие многогранное. «Активность» – универсальное свойство, присущее всему живому, «жизненность» – способность адаптироваться к постоянным изменениям окружающей среды. В психологии «активная жизненная позиция» характеризуется как обусловленная конкретными социальными обстоятельствами устойчивая форма проявления идейно-нравственных установок и отношений, когнитивных способностей с учетом жизненного опыта, знаний и умений, убеждений и привычек, оказывающая регулирующее воздействие на ощущение и поведение человека в семье и социуме.

Цель исследования

Выявление причин отрывов от лечения противотуберкулезными препаратами пациентов с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией и выработка у них активной жизненной позиции по отношению к излечению от туберкулеза.

Материалы и методы исследования

Были обследованы две группы больных: группа пациентов с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией и группа больных туберкулезом. Эффективность лечения больных туберкулезом и пациентов с сочетанной с ВИЧ/туберкулез инфекцией различна; у больных туберкулезом она достоверно выше, чем у пациентов с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией. В группе больных с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией чаще фиксируются случаи прерывания лечения.

Результаты исследования

Выявлено, что для людей с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией характерен зависимый тип поведения, отсутствует личная позиция (Я-концепция), ярко проявляется несамостоятельность (инфантилизм), прослеживается недостаточное умение брать на себя ответственность за свою жизнь и здоровье. В группе больных туберкулезом эти особенности также присутствуют, но выражены менее.

В работе по формированию активной жизненной позиции у больных с сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией были изучены особенности ценностно-смысловой, мотивационно-потребностной и мотивационно-поведенческой сфер пациентов и рассмотрены варианты психокоррекции.

Заключение

Деятельность психолога направлена на принятие пациентом нового для него диагноза «туберкулез» в сочетании с уже имеющимся положительным ВИЧ-статусом, себя в новой реальности, а также на выработку личной и социальной мотивации к приему противотуберкулезных препаратов и излечению от туберкулеза.

В работе по формированию активной жизненной позиции с такими больными участвуют лица ближайшего окружения пациента, разрешаются многие тлеющие внутренние и межличностные конфликты, что существенно повышает стремление больного к выздоровлению, возвращению в семью и социум, проявляет новые жизненные перспективы.

Золотова Анна Юрьевна, тел. +7 (926) 763-75-97, e-mail: nutka.zolotova@gmail.com

АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ В СТРУКТУРЕ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОТРЕБНОСТИ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СТАЦИОНАРЫ В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН В Г. МОСКВЕ

А.Д. Ильченко, Л.В. Мохирева, Ю.В. Маковей, А.В. Солдатенко

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом

Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность исследования

Более 55% иностранных граждан (иностранцев), больных туберкулезом, в городе Москве выявляются при медицинском освидетельствовании с целью получения разрешительных документов для работы и проживания в РФ. Учитывая, что 90% из них только въехали в страну, логично предполагать, что выявленный туберкулез имеет «завозной» характер. Вторая группа – больные туберкулезом иностранцы (около 45%), которые уже имеют «историю проживания» в Москве от 1 до 16 лет.

Цель исследования

Выявление характерных различий структуры клинических форм туберкулеза в исследуемых группах на основе сравнительного анализа.

Материалы и методы исследования

Источник данных – регистр иностранцев с установленным и подтвержденным диагнозом туберкулеза (регистр), составляемый в отделении организации противотуберкулезной помощи мигрантам и социально дезадаптированным лицам ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (Центр) на основании еженедельных отчетов филиалов. Критерии включения в исследование: иностранцы в возрасте 18 лет и старше, которым диагноз установлен по результатам дополнительного обследования в Центре в связи с патологией органов грудной клетки (ОГК), выявленной при медицинском освидетельствовании или профилактических осмотрах в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), и включенные в регистр в течение 2017 года и 9 месяцев 2018 года. Критерии исключения из исследования: больные туберкулезом, выявленные в туберкулезных стационарах и с диагнозом туберкулеза, установленным посмертно, иностранцы в возрасте до 18 лет, лица, в отношении которых нет достоверных сведений о возрасте, диагнозе, стране гражданства. В исследование включены 1423 респондента: 968 больных туберкулезом, у которых патология ОГК выявлена при прохождении медицинского освидетельствования (группа I) и 455 больных, у которых патология ОГК выявлена при профилактических и других обследованиях в учреждениях ПМСП (группа II). При обработке данных использовались методы сравнительного статистического анализа как групп в целом, так и в возрастных интервалах 18–30, 31–45, 46–55 и старше 55 лет. Перечень клинических форм туберкулеза включает

инфильтративный, очаговый, диссеминированный, фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ), туберкулемы и туберкулезный плеврит. Все остальные клинические формы отнесены в группу «прочие».

Результаты исследования

Выявляемость туберкулеза составила в I группе – 138,9 (968 из 6968) и во II группе – 78,4 на 1 тыс. (455 из 5802) иностранцев, завершивших обследование.

В I группе ($n = 968$) лица в возрасте 18–30 лет составили 43,8% ($n = 424$), 31–45 лет – 42,6% ($n = 412$), 46–55 лет – 12,1% ($n = 117$) и старше 55 лет – 1,6% ($n = 15$). Во II группе ($n = 455$) распределение по возрасту составило соответственно 55,8% ($n = 254$), 33,2% ($n = 151$), 8,8% ($n = 40$) и 2,2% ($n = 10$). Во II группе достоверно выше доля лиц в возрасте до 30 лет ($p < 0,001$) и в возрасте 31–45 лет ($p = 0,001$).

В I группе 77,7% составляют граждане Таджикистана (40,5%, $n = 392$) и Узбекистана (37,2%, $n = 360$). Во II группе 56,5% ($n = 257$) составляют граждане стран Евразийского экономического союза (ЕАЭС), освобожденные от обязанности прохождения медицинского освидетельствования для работы и проживания в РФ, среди которых 96,5% ($n = 248$) – граждане Киргизии.

В структуре клинических форм в I группе выше доля больных с инфильтративным туберкулезом – 70,7% (684) против 61,8% (281) во II группе ($p = 0,063$). Во II группе достоверно реже регистрируется очаговый туберкулез – 15,6% (71) против 11,6% (112) ($p < 0,05$), и реже, с 90% достоверностью, диссеминированный – 5,7% (55) против 9,5% (43) ($p = 0,06$) и ФКТ – 0,8% (8) против 1,8% (8) ($p = 0,068$). Анализ распределения больных туберкулезом по формам заболевания в отдельных возрастных группах показал, что преобладание в I группе инфильтративного ТБ обеспечивают иностранцы в возрасте 18–46 лет, среди которых его доля превышает на 6,3% таковую во II группе ($p < 0,001$). Во II группе среди лиц в возрасте старше 31 года доля больных диссеминированным туберкулезом на 4,2% ($p < 0,05$) выше, чем в I группе, а в возрастной группе 46–55 лет достоверно чаще ($p < 0,001$) регистрировали туберкулезный плеврит. Эпидемиологическая опасность (бактериовыделение, распад легочной ткани, социально-бытовые условия) является основанием для госпитализации (изоляции) больных туберкулезом. Доля больных туберкулезом иностранцев,

признанных эпидемиологически опасными и госпитализированных, в I и II группах достоверно различается и составила соответственно 24,2% (234 из 968) и 47,9% (218 из 455) ($p < 0,001$).

Заключение

Медицинское освидетельствование является эффективным методом раннего выявления туберкулеза у иностранцев, защиты от завоза и распространения туберкулеза в городе Москве, сокращения расходов на оказание дорогостоящей

стационарной противотуберкулезной помощи. Предоставленное гражданам ЕАЭС право работы и проживания в РФ без прохождения медицинского освидетельствования на заболевания, представляющие опасность для окружающих, создает дополнительные риски распространения туберкулеза и увеличивает расходы бюджета города Москвы на оказание противотуберкулезной медицинской помощи иностранным гражданам.

Ильченко Андрей Дмитриевич, тел. +7 (916) 302-55-05, e-mail: andrey.ilchenko@bk.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ИЗ ЧИСЛА БЕЗДОМНЫХ. ОПЫТ ПЕРВЫХ ШАГОВ

А.Д. Ильченко, Е.П. Волошина, О.Б. Хулхачиев, Е.А. Еременко

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

Актуальность исследования

Число бездомных и лиц, занимающихся бродяжничеством, в г. Москве составляет около 13,5 тыс. человек. Уровень заболеваемости туберкулезом среди них достигает 1800–1900 на 100 тыс. Асоциальный тип поведения бездомных, высокая распространенность алкогольной и наркозависимости, психических заболеваний и расстройств исключают диспансерное наблюдение за больными из их числа в традиционном формате. В то же время локализация больных туберкулезом бездомных в людных местах, высокая доля бактериовыделителей (64%) и уровня распространенности МЛУ возбудителя туберкулеза (в 1,8 раза выше, чем среди постоянного населения) среди них определяют исключительное влияние этой группы на эпидемиологический процесс по туберкулезу в мегаполисе.

Цель исследования

Предварительная оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий среди бездомных и работы кабинета диспансерного наблюдения за бездомными.

Материалы и методы исследования

В целях совершенствования противотуберкулезных мероприятий в данной группе риска в апреле 2016 года в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» был открыт кабинет диспансерного наблюдения за бездомными. Особое внимание было уделено подбору кадров. Средний возраст специалистов составляет 42 года, они обладают хорошими коммуникативными навыками и высокой работоспособностью, стрессоустойчивостью, гибкостью. Работа организована на двух площадках:

- на базе Центра социальной адаптации им. Е.П. Глинки Департамента социальной защиты населения города Москвы, где проводится профилактическое обследование бездомных

(флюорография, кожная проба с АТР и консультация фтизиатра);

- на базе филиала ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» по ЮВАО, где проводятся дообследование нуждающихся и дифференциальная диагностика, подтверждение диагноза, лечение и диспансерное наблюдение больных.

Профилактическое лечение бездомных с ЛТИ, противорецидивное лечение и санитарное просвещение равноценно проводятся на обеих площадках. Кабинет выполняет координирующую функцию между противотуберкулезными учреждениями и учреждениями социальной защиты населения, обеспечивает маршрутизацию больных, ведение картотеки (регистра) бездомных больных туберкулезом, выявленных на территории г. Москвы, независимо от места их выявления.

Результаты исследования

За 21 месяц работы (с апреля 2016 г. по декабрь 2017 г.) в кабинете принято 3235 первичных пациентов, обследовано флюорографически 2036 бездомных, поставлены 1053 кожные пробы с АТР, 139 бездомным проведена КТ органов грудной клетки. Выявлено 273 больных туберкулезом, из которых госпитализировано 193 (70,7%). Среди больных туберкулезом ($n = 273$) только 46 (16,9%) относятся к группе впервые выявленных, все они (100%) госпитализированы. Среди остальных преобладают больные с хроническим туберкулезным процессом, бактериовыделением, неоднократно лечившиеся, но с низкой приверженностью к лечению. На диспансерное наблюдение в кабинете взято 428 бездомных, среди которых больные активным туберкулезом составили 61,7% – 264 человека (ГДУ IA – 138, IB – 26, IIA – 78, IIB – 22). Среди них бактериовыделители составили 46 (17,4%), больные с распадом легочной ткани – 67 (25,4%). План диспансерной работы с каждым

больным составляется индивидуально и максимально гибко. Для предварительной оценки эффективности противотуберкулезных мероприятий среди бездомных и работы кабинета проведено сравнение ряда показателей за трехлетние периоды 2012–2014 гг. и 2015–2017 гг. Так, доля бездомных в структуре всех впервые выявленных больных туберкулезом в г. Москве сократилась в сравниваемые периоды на 30,9% (с 897 до 729 человек), а среди выявленных при жизни – на 28,3% (с 620 до 523 человек). Число бездомных больных туберкулезом, выявленных посмертно, сократилось на 15,6% (с 277 до 206 человек), а их доля среди всех больных туберкулезом, выявленных посмертно, уменьшилась на 1,6%. Регистрируется положительная динамика доли лиц с бактериовыделением, определенным методом микроскопии до начала лечения, среди бездомных больных ТБ легких, поступающих в стационары как по каналу скорой медицинской помощи, так и в плановом порядке. Если в 2012 г. среди бездомных, госпитализированных по каналу скорой медицинской помощи, больные с бактериовыделением составляли 78%, то в 2017 г. – только 46% (сдвиг – 38%), а среди бездомных, госпитализированных в плановом порядке, доля больных туберкулезом легких с бактериовыделением увеличилась за этот же период с 32 до 40%. При анализе динамики ряда показателей ГБУЗ «Туберку-

лезная больница им. А.Е. Рабухина ДЗМ», где в соответствии с действующими приказами получают стационарную помощь бездомные, также регистрируется положительная динамика. Среди всех бездомных больных туберкулезом, пролеченных в данном стационаре, доля больных с бактериовыделением сократилась с 46,8% в 2010 г. до 32,4% в 2017 г., а больничная летальность бездомных за этот же период сократилась с 8,5% до 4,9%. В структуре пролеченных бездомных больных туберкулезом доля больных с впервые выявленным заболеванием возросла с 18,4% в 2012 г. до 26,5% в 2017 г.

Заключение

Бездомные, особенно в крупных городах, являются опасным резервуаром туберкулезной инфекции. Представленные данные свидетельствуют, что работа кабинета диспансерного наблюдения за больными туберкулезом из числа бездомных как опорный элемент комплекса противотуберкулезных мероприятий в их среде даже за столь короткий период времени показала свою эффективность и позволила снизить эпидемиологическую напряженность по туберкулезу в этой группе высокого риска, смертность и больничную летальность, улучшить контроль ситуации и обеспечить более высокую эффективность профилактической и лечебной работы с бездомными.

Ильченко Андрей Дмитриевич, тел. +7 (916) 302-55-05, e-mail: andrey.ilchenko@bk.ru

РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ, ЮРИДИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ГБУЗ «МНПЦ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЗМ»

О.Б. Ломакина

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

С 2013 года в ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (далее – Центр) открыт кабинет социальной, юридической и психологической помощи, который после трех лет успешной работы, в 2016 году, был преобразован в одноименное отделение.

Сотрудники подразделения – психологи, клинические психологи и юристы – консультируют и осуществляют профессиональное сопровождение больных туберкулезом, пациентов с коинфекциями (такими как ВИЧ, гепатит С), их родственников, лиц значимого окружения, а также сотрудников Центра и членов их семей.

Общее количество консультаций в 2017 году увеличилось в 18,5 раза, количество первичных консультаций – в 17,2 раза, повторных – в 7,7 раза, выездных в клиники и филиалы Центра – в 25,5 раза, индивидуальных консультаций детей и подростков – в 9,3 раза. Количество проконсультированных пси-

хологами лиц значимого окружения пациентов увеличилось в 25,4 раза, сотрудников и членов их семей – в 26,6 раза, количество юридических консультаций – в 4,6 раза по сравнению с 2013 годом.

Сотрудники отделения используют методы индивидуального консультирования в рамках системной семейной терапии, гештальт-терапии, арт-терапии, сказкотерапии и групповые формы работы: тренинги, дискуссии, просветительские лекции для пациентов всех возрастных категорий и для сотрудников Центра.

Основные темы консультаций пациентов: «Как правильно относиться к заболеванию?», «Что значит для меня моя болезнь?», «Что надо сделать, чтобы выздороветь?», «Я и окружающий меня мир», «Я и моя семья», «От меня все отвернулись...», «Как конструктивно выстраивать диалог с коллегами по работе?», «Переживание возрастных кризисов» и др.

Основные темы консультаций для сотрудников и членов их семей: «Конфликтное взаимодействие в семье», «Преодоление трудных жизненных ситуаций», «Профориентация детей и подростков», «Эмоциональное выгорание: что делать?» и др.

Совместно с врачами-фтизиатрами психологи проводят занятия в «Школе здоровья», способствующие повышению приверженности к лечению у пациентов.

Специалисты отделения проводят лекции и тренинги для сотрудников Центра по выявлению, профилактике и преодолению эмоционального выгорания; этике и деонтологии; по особенностям общения медицинского персонала с пациентами – больными туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями.

Проводится анализ жалоб населения для проработки путей и конструктивных способов разрешения конфликтных ситуаций между пациентами и медицинским персоналом.

Разработана система учета пациентов, получающих психологическую и юридическую помощь с использованием ком-

пьютерной программы «Ері Info 7» в виде регистрационного бланка, где учитываются основные параметры социальных и личностных характеристик человека, обратившегося за помощью; разработаны индивидуальные бланки-вкладыши в амбулаторные карты пациентов, позволяющие описать актуальное психическое состояние пациента.

Ежегодно сотрудники отделения повышают свою профессиональную квалификацию, а также принимают активное участие в организации и проведении конференций Московского общества фтизиатров, выступают с актуальными докладами на конференциях и конгрессах городского, федерального и международного уровня, имеют публикации в научных журналах.

В ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом ДЗМ» создана и успешно функционирует психологическая служба сопровождения лечения больных туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями.

Ломакина Ольга Борисовна, тел. +7 (909) 642-70-13, e-mail: prazdnik_tim@mail.ru

ПРОГРАММА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Е.В. Мартусова

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

Цель исследования

Сформулировать и описать психологический портрет детей с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ).

Материалы и методы исследования

В филиале «Детское отделение» ГБУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» было проведено исследование на тему «Индивидуально-психологические особенности детей младшего школьного возраста с различными проявлениями туберкулезной инфекции». 40 человек приняли участие в исследовании; в течение 6 месяцев проводились еженедельные занятия с детьми в малых группах (4–6 человек). Длительность одного занятия составляла 35 минут.

В процессе работы были соблюдены принципы психологического сопровождения детей:

1. Принцип индивидуального подхода.
2. Принцип комплексности.
3. Принцип системности.
4. Принцип деятельностного подхода.
5. Принцип рациональности.

Структура группового занятия:

1. Ритуалы приветствия.
2. Разминка.
3. Основное содержание занятий.
4. Рефлексия занятий.

Темы программы психологического сопровождения:

1. Рассказ о себе. Знакомство.
2. Туберкулез – это... Обсуждение с детьми (почему и зачем я здесь, зачем мне пить таблетки и делать уколы).
3. Создание сказки о палочке Коха.
4. Палочка Коха и спасатели.
5. Путешествие в страну эмоций (3 занятия).
6. Можно ли злиться? (2 занятия).
7. Как не бояться?
8. Разговор о моих страхах (2 занятия).
9. Меня часто обижают (2 занятия).
10. Работа с тревожностью (3 занятия).
11. Что такое дружба?
12. Я умею делиться.

13. Как научиться договариваться.

14. «Ябеда-корябеда».

15. Какой я (Я – концепция).

16. Моя семья.

17. Подведение итогов. Окончание программы.

Важно отметить, что с каждым ребенком в процессе проведения программы проводились индивидуальные консультации. Также проводились беседы с медицинским и педагогическим персоналом при необходимости коррекции стиля взаимодействия с детьми.

Результаты исследования

В данной работе приняли участие дети и их значимые взрослые. Полученные данные позволили создать психологический портрет детей с ЛТИ: эмоционально неустойчивы, с повышенным уровнем личностной тревожности, обидчивы, агрессивны. Зависимы от мнения окружающих. Неуверенные в себе, безынициативны в выполнении конкретных действий. При наличии в группе лидера со склонностью к негативным поступкам легко поддаются влиянию и готовы идти на риск, чтобы «заявить о себе». Имеют сниженную концентрацию внимания. При этом послушны, уступчивы, воспринимают и выполняют социальные нормы и правила, предъявляемые значимыми взрослыми.

Результаты исследования позволили разработать программу психологического сопровождения детей с ЛТИ «Я – здоров», направленную на снижение уровня личностной тревожности, получение навыков общения, умение правильно оценивать свое эмоциональное состояние и управлять им, повышение самооценки и адаптацию в социуме.

В процессе работы удалось провести индивидуальные и семейные консультации с родителями 13 детей. После завершения программы была проведена психодиагностика детей испытуемой (24 человека) и контрольной группы (16 человек). Учитывая, что не все дети находятся на излечении более полу-года, группы получились неравномерными.

Заключение

Анализ полученных данных показал, что дети, прошедшие программу психологического сопровождения, стали эмоционально устойчивыми (их показатели повысились на 12%) по сравнению с контрольной группой (показатели повысились на 4%), также уровень тревожности снизился на 18% по сравнению с первой диагностикой, а в контрольной группе уровень тревожности снизился на 9%. Это свидетельствует о том, что программа психологического сопровождения детей с ЛТИ имеет практическое значение и способствует процессу излечения и реабилитации детей.

Мартусова Екатерина Витальевна, тел. +7 (926) 635-20-69, e-mail: katsystems@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ПРОБЫ С АЛЛЕРГЕНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ РЕКОМБИНАНТНЫМ И ПРОБЫ МАНТУ С 2 ТЕ

Е.Л. Христофорова, И.В. Ноздреватых

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом

Департамента здравоохранения города Москвы»

С расширением перечня используемых иммунобиологических лекарственных препаратов повышаются требования к безопасности их применения. К иммунобиологическим лекарственным препаратам (ИЛП) наряду с лекарственными препаратами, предназначенными для формирования активного или пассивного иммунитета (вакцины, анатоксины, токсины, сыворотки, иммуноглобулины), относят также препараты для диагностики наличия иммунитета и диагностики специфического приобретенного изменения иммунологического ответа на аллергизирующие вещества (аллергены). Для диагностики туберкулеза используются два препарата: аллерген туберкулезный очищенный жидкий в стандартном разведении для внутрикожного применения с 2 ТЕ (туберкулин) и аллерген туберкулезный рекомбинантный в стандартном разведении (препарат Диаскинтест®, АТР). Соблюдение эпидемиологических требований при постановке проб является одним из ос-

новных критериев оценки качества диагностики туберкулеза. Согласно Государственному реестру лекарственных средств оба препарата относят к фармакотерапевтической группе «Медицинский иммунобиологический лекарственный препарат-аллерген». Работы с данной группой препаратов имеют свои особенности, что связано с обязательным соблюдением температурного режима – «холодовой цепи».

Безопасность и эффективность диагностики туберкулеза путем постановки проб зависят от соблюдения санитарно-гигиенических требований к оснащению кабинета для постановки проб, техники выполнения, оценки пробы, правильной организации работы по соблюдению требований «холодовой цепи». Поэтому в целях обеспечения эпидемиологической безопасности при постановке пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с АТР в каждой медицинской организации руководителем учреждения назначаются лица, ответственные за иммунодиагностику

туберкулеза, в том числе ответственные за сбор, обеззараживание, хранение и транспортирование медицинских отходов, образующихся при постановке проб. Кроме того, в учреждении утверждаются планы мероприятий по реализации «холодовой цепи» при транспортировании и хранении ИЛП, включая порядок действий медицинского персонала при возникновении аварийной ситуации, а также утверждаются планы повышения квалификации медицинского персонала по данному вопросу.

Постановку проб в медицинских организациях проводят только в специально оборудованных кабинетах. При отсутствии отдельного кабинета для постановки проб может использоваться прививочный кабинет, в котором устанавливаются отдельные столы с маркировкой «Проба Манту», «Проба с АТР», в графике работы кабинета выделяются отдельные дни и часы для постановки проб. Кабинеты должны быть укомплектованы двойной раковиной, оборудованной смесителями с локтевым управлением, настенными локтевыми дозаторами с жидким мылом и кожным антисептиком, ультрафиолетовыми бактерицидными облучателями. В соответствии с требованиями санитарных правил площадь кабинета должна быть не менее 12 кв. м, а стены должны быть облицованы плиткой на всю высоту помещения. Для выполнения данной медицинской деятельности медицинская организация должна иметь лицензию на выполнение работ и услуг по «Вакцинопрофилактике». Медицинский персонал, выполняющий пробы, должен регулярно проходить обучение на циклах усовершенствования по вопросам вакцинопрофилактики.

В кабинете для постановки проб устанавливается холодильное оборудование необходимого объема для хранения аллергенов, включая термоконтейнеры с хладоэлементами, которые используются для временного хранения аллергенов в случае выхода из строя холодильного оборудования или длительного отключения электроэнергии. В качестве средств контроля температурного режима в холодильниках используются электронные термометры и электронные термоин-

дикаторы, устанавливаемые на верхней и нижней полках. Электронные термоиндикаторы также следует использовать в транспортных термоконтейнерах при условии, если время транспортировки превышает один час. Дополнительно медицинская организация должна быть укомплектована термоконтейнерами для транспортировки ИЛП из аптеки. Термоконтейнеры должны обеспечивать требуемый температурный режим или заданный интервал температур в течение всего времени транспортировки и хранения при любой допустимой степени загрузки. Объем термоконтейнеров рассчитывают с учетом объема контейнеров для транспортировки и объема холодильного оборудования для хранения аллергенов.

Постановкой диагностических проб занимаются медицинские работники, обученные правилам организации и техники их выполнения, а также приемам неотложной помощи в случае возникновения реакций на введение препарата. В целях обеспечения безопасности медицинских работников при постановке проб необходимо соблюдение правил техники безопасности, направленных на профилактику инфекций с искусственным механизмом передачи возбудителя. Медицинским работникам, выполняющим инвазивные вмешательства, с целью профилактики профессиональных заражений проводится вакцинация против гепатита В. Медицинский персонал должен осуществлять постановку проб в специальной медицинской одежде (халате, медицинской шапочке, медицинской маске, специальной обуви) и в стерильных перчатках. Смена перчаток осуществляется после каждого пациента, смена маски – каждые 3 часа, смена халата – ежедневная. Таким образом, эпидемиологические требования при постановке пробы с АТР и пробы Манту с 2 ТЕ являются обязательными, и только неукоснительное их выполнение обеспечивает достоверность получаемых результатов, а следовательно, определяет качество медицинской помощи.

Христофорова Елена Леонидовна, тел. +7 (905) 137-73-40, e-mail: celene@yandex.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ФЛЮРООГРАФИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

П.Н. Новоселов, Т.П. Дударова, И.А. Денисенко, И.В. Эберт

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Челябинск

Актуальность исследования

Традиционно в России массовое флюорографическое (ФЛГ) обследование органов грудной клетки – наиболее эффективный метод контроля за туберкулезной инфекцией. Основной задачей ФЛГ-обследования является раннее выявление малых

форм туберкулеза легких на начальных стадиях без деструкции и бактериовыделения. Своевременное и тем самым эффективное лечение данных форм способствует улучшению эпидемиологической ситуации в обществе и уменьшению финансовых затрат на лечение.

Цель исследования

Оценить эффективность выявления легочных форм туберкулеза при плановом ФЛГ-обследовании населения Челябинской области в 2001–2016 гг.

Материалы и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование населения Челябинской области, охваченного плановым ФЛГ-обследованием за период с 2001 по 2016 г., в соответствии с формой Федерального статистического наблюдения № 33 «Сведения о больных туберкулезом» с использованием «Электронного регистра больных туберкулезом». Выявленные больные туберкулезом легких были распределены на три группы: группа больных очаговым туберкулезом легких, группа больных инфильтративным туберкулезом легких и группа больных другими формами туберкулеза легких. Изучение взаимосвязей между группами выявленных больных проводилось путем расчета коэффициентов корреляции по Спирмену (r_s).

Результаты исследования

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Челябинской области с 2001 г. по 2016 г. характеризуется снижением показателя заболеваемости. За данный период времени ежегодный охват населения ФЛГ-осмотрами увеличился с 56,7% в 2001 г. до 64,8% в 2016 г. Обращает на себя внимание, что снижение показателя заболеваемости туберкулезом за 16-летний период сопровождается уменьшением удельного веса очагового туберкулеза, выявленного всеми методами, с 21,9% до 9,7% (в 2,3 раза) среди легочных форм туберкулеза. При этом процент инфильтративного туберкулеза хоть и превалирует в структуре, но не имеет значительных динамических изменений. Другие формы туберкулеза органов дыхания стали регистрироваться в 2,2 раза чаще (с 13,9 до 30,3%).

Улучшение эпидемиологической ситуации, характеризующееся снижением заболеваемости и повышением числа лиц, охваченных ФЛГ-обследованием в Челябинской области, должно сопровождаться изменением структуры туберкулеза в сторону увеличения очаговых процессов, уменьшения процента деструктивных форм и снижением числа лиц с диагностируемым бактериовыделением. ФЛГ-обследование позволяет ежегодно активно выявлять данным методом 67,8–88,1% больных с очаговым туберкулезом легких. Однако среди всех

больных туберкулезом органов дыхания, выявленных на ФЛГ, удельный вес очаговой формы ежегодно снижается с 32,5 до 14,7% (в 2,2 раза). При этом корреляционный анализ показывает, что увеличение охвата населения флюорографическим обследованием сопровождается снижением как общего количества больных очаговым туберкулезом ($r_s = -0,623$, $p = 0,01$) среди всех форм легочного туберкулеза, так и снижением количества пациентов с данной формой, выявленных при ФЛГ-обследованиях ($r_s = -0,580$, $p = 0,019$).

В противоположность очаговому туберкулезу количество пациентов с диагностированным инфильтративным туберкулезом легких в структуре заболеваемости легочными формами за данный период почти ежегодно превышает 60%. Отмечаемое увеличение ФЛГ-обследований населения сопровождается ростом числа больных инфильтративным туберкулезом легких, выявляемых данным методом ($r_s = 0,642$, $p = 0,007$). Можно отметить, что среди методов выявления инфильтративного туберкулеза легких ФЛГ-обследование позволяет ежегодно диагностировать от 51,2 до 77,8% заболевших. Обращает на себя внимание, что увеличение количества инфильтративного туберкулеза легких, выявленного на ФЛГ, приводит к общему снижению диагностируемого бактериовыделения у лиц с данной формой туберкулеза ($r_s = -0,890$, $p = 0,0001$). Соотношение очагового и инфильтративного туберкулеза легких, выявляемых при ФЛГ-обследованиях, показывает уменьшение первого по отношению ко второму ($r_s = -0,620$, $p = 0,005$).

Выводы

Таким образом, незначительный рост показателя охвата населения ФЛГ-обследованием не способствует увеличению выявления очагового туберкулеза легких и сопровождается увеличением количества больных с большим объемом поражения легочной ткани в виде инфильтратов без бактериовыделения. Полученные данные позволяют предположить, что флюорографическое обследование недостаточно эффективно из-за большого числа лиц, не охваченных данным обследованием.

Дударова Татьяна Пименовна, тел. +7 (908) 826-94-19, e-mail: dudtp@mail.ru

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БРОНХОВ И ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ

Е.В. Павлова^{1,2}, А.Ю. Сурдул¹

В последнее время среди больных противотуберкулезного стационара увеличилось количество ВИЧ-инфицированных. Сегодня это примерно 20–25% больных. Среди клинических форм туберкулеза органов дыхания на фоне ВИЧ-ассоциированной иммуносупрессии наиболее часто встречаются туберкулез внутригрудных лимфоузлов (ВГЛУ) и острый милиарный туберкулез. Поражение ВГЛУ при туберкулезе может происходить как на фоне иммуносупрессии, так и в результате реактивации ранее зажившей эндогенной инфекции. Особенностью туберкулезного поражения ВГЛУ у ВИЧ-инфицированных является одинаково частое поражение всех групп лимфатических узлов. Наиболее частым осложнением является распространение процесса по лимфатическим узлам средостения с последующим переходом на стенки бронхов или пищевода. Лимфатические узлы увеличены в размерах, плотные, спаяны в конгломераты с явлениями периаденита, а в ряде случаев – с образованием свищей (бронхо-нодулярных, пищеводно-нодулярных, бронхо-нодулярно-пищеводных), прорывом в средостение.

Объективно больные предъявляют жалобы на поперхивание, боль и чувство распирания за грудиной во время еды, затрудненное прохождение воды, жидкой пищи, кашель с остатками пищи и принятой жидкости.

Подозрение на наличие свища подтверждается с помощью компьютерной томографии (КТ), эндоскопических исследований: бронхоскопии (БС) и эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) с биопсией, мазками на цитологию и микобактерии туберкулеза (МБТ).

Эндоскопическая картина трахеобронхиального дерева и верхних отделов желудочно-кишечного тракта у такого контингента чрезвычайно разнообразна.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной С., 36 лет, состоит на учете у фтизиатра в течение 3 лет с туберкулезным лимфаденитом. Последний год фтизиатра не посещал, лечения не получал. Поступил с диагнозом: болезнь, вызванная ВИЧ-инфекцией с проявлениями генерализованного туберкулеза, МБТ(+), в тяжелом состоянии. Одна из жалоб была на невозможность проглотить воду, вплоть до рвоты. На КТ обнаружены увеличенные все группы ВГЛУ, без четких контуров, образующие конгломераты. При ЭГДС в нижней трети пищевода на 35 см от передних резцов по задней

стенке определяется дефект до 12 мм в диаметре, «дивертикулоподобной» формы, глубиной до 10 мм, конусовидно суживающийся дистально, края и дно покрыты фибрином. Произведена биопсия с краев дефекта. Цитологическим и гистологическим исследованиями верифицирована туберкулезная этиология выявленных изменений. На аутопсии обнаружен туберкулезный казеозный лимфаденит ВГЛУ, пищеводно-нодулярный свищ.

Двум больным диагностирован бронхопищеводный свищ.

Больной У., 54 года, ранее туберкулезом не болел, ВИЧ-инфицированный, поступил для уточнения этиологии диссеминированного поражения легких. Среди прочих жалоб отмечалось затруднение при глотании воды, жидкой пищи. Рентгенологически выявлена картина диссеминированного туберкулеза с признаками лимфаденопатии средостения. В мокроте обнаружены МБТ. При БС на задненижней стенке главного бронха слева визуализируется дефект до 8 мм с отечной и гиперемизированной слизистой вокруг. Свищевой ход длиной до 15 мм, с дистальным конусовидным сужением до 2–3 мм, налетом фибрина на слизистой. При ЭГДС в средней трети пищевода на 23–25 см от передних резцов по передней стенке определяется дефект округлой формы до 5 мм в диаметре, покрыт фибрином. Цитологическим, микробиологическим и гистологическим исследованиями биопсийного материала получено подтверждение туберкулезной этиологии обнаруженных изменений. На компьютерной томографии выявлено наличие сообщения между бронхом и пищеводом, лимфаденопатия средостения. Больному установлен зонд Блэкмора. В динамике отмечается уменьшение размеров и рубцевание обоих свищевых отверстий, что подтверждено эндоскопическими исследованиями и КТ. Выписан по окончании курса лечения.

Больной Б., 50 лет, ранее туберкулезом не болел. ВИЧ-инфицированный. Переведен в тяжелом состоянии из другого стационара с подозрением на туберкулез органов дыхания. Жалобы на кашель с мокротой, одышку, поперхивание. При БС на заднебоковой стенке главного бронха справа визуализируется диастаз слизистой до 0,5 см диаметром, дно не определяется, вокруг выраженный отек, гиперемия, контактная кровоточивость, грануляции до 3 мм. При ЭГДС на расстоянии

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

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

25 см от передних резцов на переднебоковой стенке справа обнаружен диастаз слизистой до 0,5 см диаметром, дно закрыто сгустком старой крови. На КТ легких обнаружена диссеминация, признаки лимфаденопатии средостения, подтверждено наличие сообщения между бронхом и пищеводом. Диагноз верифицирован цитологическим, микробиологическим и гистологическим исследованиями биопсийного материала, в мокроте обнаружены МБТ. Ввиду позднего обращения и распространенности процесса наступил летальный исход. На аутопсии подтвержден генерализованный туберкулез, тубер-

кулезный казеозный лимфаденит ВГЛУ, бронхо-нодулярно-пищеводный свищ, но сообщения со средостением нет.

Таким образом, ВИЧ-инфицированные больные противотуберкулезного стационара с синдромом пищевой дисфагии требуют настороженности и исключения/подтверждения наличия патологического сообщения между бронхами, пищеводом, внутригрудными лимфатическими узлами, средостением с помощью компьютерной томографии, бронхоскопии, гастроскопии.

Павлова Елена Валерьевна, тел. +7 (987) 253-41-09, e-mail: doctorpavlova@bk.ru

ТИПОВАЯ ГЕОИНФОРМАЦИОННАЯ ОНЛАЙН-СИСТЕМА МОНИТОРИНГА И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР АКТИВНОГО СНИЖЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ НАПРЯЖЕННОСТИ В РЕГИОНЕ И РОССИИ В ЦЕЛОМ

Д.М. Саломатов¹, В.В. Неверов², А.А. Детков³, Е.Д. Филина¹

Актуальность исследования

С учетом рекомендаций Московской декларации по ликвидации туберкулеза, Государственной стратегии ликвидации туберкулеза в Российской Федерации до 2025 года и дальнейшую перспективу организована разработка и реализация комплексного проекта «Трансляционная цифровая медицина во фтизиатрии и инфектологии: от фундаментальной науки до клинической практики» (КП ТЦМФИ), в качестве инструментария инновационного ускоренного развития противотуберкулезной службы России и смежных медицинских направлений.

Модульный проект «Типовая геоинформационная онлайн-система эпидемиологического мониторинга и ликвидации очагов туберкулезной инфекции в субъекте Российской Федерации», являющийся составной частью КП ТЦМФИ, направлен на активное планомерное снижение эпидемиологической напряженности в регионе и России в целом.

Цель исследования

В рамках проекта «Типовая геоинформационная онлайн-система эпидемиологического мониторинга и ликвидации очагов туберкулезной инфекции субъекта Российской Федерации» (проект ГИОС «Очаги ТБ») проводится следующий комплекс работ:

- исследование процессов мониторинга и организации противозидемических мероприятий в очагах туберкулеза в субъекте Российской Федерации;
- разработка математического и методического аппарата оценки эпидемиологической напряженности в муниципальных образованиях региона с визуальным отображением ее на интерактивной электронной карте региона;
- разработка алгоритмов и регламентов ситуационного онлайн-управления процессами ликвидации очагов туберкулезной инфекции;
- разработка аппаратно-программного методического комплекса ГИОС «Очаги ТБ»;
- подготовка к тиражированию и поэтапному внедрению базовых решений системы ГИОС «Очаги ТБ» во всех субъектах Российской Федерации в соответствии с дорожной картой КП ТЦМФИ.

Материалы и методы исследования

Геоинформационная онлайн-система эпидемиологического мониторинга и ликвидации очагов туберкулезной инфекции в субъекте Российской Федерации с использованием регионального ситуационного онлайн-центра «Фтизиатрия» (РСОЦ-Ф) обеспечивает решение следующих задач:

¹ Уральский НИИ фтизиопульмонологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Минздрава России, г. Екатеринбург.

² ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень.

³ Высшая школа экономики и менеджмента ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» Минобрнауки России ВШЭМ, г. Екатеринбург.

- отображение в режиме реального времени на интерактивной электронной карте субъекта Российской Федерации эпидемиологической обстановки по туберкулезу в разрезе районов области, а также выведение качественных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию в субъекте Российской Федерации в целом;

- мониторинг ситуации по туберкулезу в режиме реального времени в каждом районе области по каждой группе очагов туберкулезной инфекции;

- оперативную разработку рекомендаций и комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий по ликвидации очагов туберкулезной инфекции с участием всех заинтересованных исполнителей и экспертов с использованием видео-конференц-связи РСОЦ-Ф;

- контроль мероприятий по ликвидации очагов туберкулезной инфекции, включая этапы дезинфекции и оперативную оценку их исполнения;

- формирование аналитических прогнозов и рекомендаций по снижению эпидемиологической напряженности по туберкулезу в субъекте Российской Федерации (разрабатываемая ГИОС «Очаги ТБ» формирует информационную базу, которая дает возможность для более глубокого изучения причин распространения туберкулеза в регионе и факторов, способствующих их устранению).

Результаты исследования

В пилотной Тюменской области в рамках Научно-исследовательской образовательной информационно-телемедицинской сети «Фтизиатрия» к РСОЦ-Ф на базе областного противотуберкулезного диспансера подключены все его филиалы (Тобольский, Ишимский, Заводоуковский), 19 тубкабинетов общей лечебной сети области – все непосредственные участники эпидемиологического мониторинга и ликвидации очагов туберкулезной инфекции на территории Тюменской области.

Разработана интерактивная электронная карта Тюменской области, позволяющая в режиме реального времени видеть эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в каждом районе области, с визуализацией и анализом данных по каждому типу очагов по степени их эпидемиологической опасности.

Ведется отработка алгоритмов поддержки принятия решений в ГИОС «Очаги ТБ» с использованием аппаратно-программного методического комплекса РСОЦ-Ф (минимальная конфигурация ПК с двумя мониторами, двумя «информационными окнами»). 1-е окно – интерактивная электронная карта территории противотуберкулезной службы, где соответствующим цветом горят «очаги по туберкулезу», при дополнительном клике на населенный пункт открывается таблица по динамике текущих показателей, 2-е окно – экран видео-конференц-связи, с включением которой вызываются соответствующие исполнители, эксперты, принимаются оперативные ситуационные решения и ведется систематический контроль их исполнения.

Выводы

1. Реализация проекта ГИОС «Очаги ТБ» повысит эффективность работы противотуберкулезных учреждений на ключевом этапе лечебного процесса – «выявление» туберкулеза, позволит добиться ранней локализации и оперативной ликвидации очагов туберкулезной инфекции в субъектах РФ, что значительно снизит затраты на лечение по общему циклу лечебного процесса во фтизиатрии: профилактика, выявление, диагностика, лечение, реабилитация.

2. Разработанные методические и технические решения ГИОС «Очаги ТБ» будут использованы при создании аналогичной системы для региональных центров по борьбе со СПИДом при выявлении и локализации источников, очагов ВИЧ-инфекции и контактных лиц.

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

ВНЕДРЕНИЕ ПРОЕКТА «УНИВЕРСАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА» В РАМКАХ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ГБУЗ ТО «ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР»

Е.В. Тарасова, Н.Д. Пирогова

ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень

Актуальность исследования

Роль медицинской сестры в системе здравоохранения возрастает с каждым днем, и новые технологии в работе медицинской сестры просто необходимы. Главное на сегодняшний

день в здравоохранении – это повышение качества медицинской помощи. Для повышения качества сестринской помощи перед нами поставлены следующие задачи:

- рациональная расстановка кадров,

- перераспределение функций,
- планирование работы,
- снижение непроизводительных затрат рабочего времени.

Материалы и методы исследования

Проведение анкетирования среди палатных медицинских сестер при 24-часовом графике работы установило: 21% рабочего времени занимает проведение манипуляций; 17% – сбор анализов, кормление и прием пациентов; 8% – транспортировка пациентов, взятие результатов анализов из лабораторий и медицинской документации; 4% – дезинфекция ИМН и 50% – работа с документацией. Анализ результатов показал недостаток работы с пациентами, манипуляции сводятся к минимуму и совершенно однообразны – раздача лекарственных препаратов, измерение температуры тела, сбор мокроты, перевязки, редко постановка в/м инъекций. Круг функций палатной медицинской сестры совсем узок, теряются практические навыки при проведении других манипуляций. Необходимо менять стереотип медицинской сестры, повышать грамотность и профессионализм.

Результаты исследования

В период с марта по август 2018 года на базе ГБУЗ ТО «ОПТД» организовали работу по принципу «универсальной медицинской сестры» и расширению функций специалистов. При внедрении новой формы работы универсальных медицинских сестер штатная численность сестринских кадров не изменилась, штаты медицинских сестер процедурных и перевязочных были переведены в штат постовых медицинских сестер (универсальных) и проведены следующие мероприятия:

- утвержден приказ, определены экспериментальные площадки по введению пилотного проекта;
- разработано и утверждено положение об «универсальной медицинской сестре», определяющее ее основные задачи;
- разработана и утверждена должностная инструкция «универсальной медицинской сестры».

Основные принципы организации работы ориентированы на пациента. Весь объем медицинского обслуживания одного пациента предоставляется одной медицинской сестрой, выполняющей функции процедурной, постовой и перевязочной медсестры. Одна медицинская сестра обслуживает максимально 20 пациентов (ранее 40 пациентов/1 медсестра).

В период реализации проекта внедрены следующие мероприятия:

1. Для подготовки универсальных медицинских сестер к работе в новых условиях организованы симуляционный кабинет

и постоянно действующие мастер-классы, закуплены муляжи по отработке практических навыков:

- постановка периферического катетера, взятие крови из вены;
- постановка назогастрального зонда;
- постановка мочевого катетера у мужчин и женщин;
- постановка внутривенной инъекции;
- проведение СЛР.

2. Сбор медицинской документации, доставка анализов в лабораторию осуществляется централизованно.

3. Сопровождение и транспортировку лежащих пациентов осуществляет рабочий «Службы доставки».

4. Старшая медицинская сестра ежедневно мониторирует и координирует работу универсальных медицинских сестер (в зависимости от нагрузки).

Несмотря на сложности внедрения должности «универсальной медицинской сестры»: сопротивление врачей и медицинских сестер новым формам работы (работать по старинке привычнее), слабые навыки проведения инъекций, сложность в равном разделении количества пациентов за медицинскими сестрами, все же положительными сторонами в работе являются:

- повышение ответственности и большее доверие пациентов;
- изменение типа общения, по мнению врачей, пациентов и медицинских сестер; сейчас построена модель коллегиального типа общения, работа одной «командой», стремящейся к общей цели – излечению, мотивации на лечение пациента;
- мультидисциплинарный подход и постоянное взаимодействие лечащего врача и медицинской сестры.

Заключение

По окончании проекта проведен опрос «универсальных медицинских сестер» (32 человека): 95% считают себя специалистами с универсальными знаниями и навыками; 83% улучшили теоретические и практические навыки; 13% не видят изменений в своей работе; 86% считают, что индивидуальный подход улучшил качество оказания сестринской помощи, 14% затруднились ответить на этот вопрос. Анализ социальной эффективности показал, что 92,3% пациентов довольны оказанием сестринской помощи.

Проект «универсальная медицинская сестра» успешно адаптирован и реализован в учреждении и планируется в ближайшее время к внедрению во всех филиалах ГБУЗ ТО «ОПТД».

Пирогова Наталья Давыдовна, тел. +7 (908) 867-59-45; e-mail: pirogova-ishim@yandex.ru