

го риска, согласно значению интегрального коэффициента, вошла Республика Башкортостан (ИП=0,9546). Остальные 9 субъектов, курируемых ФГБУ «УНИИФ» Минздрава России, были отнесены к территориям умеренного риска (значения интегральных коэффициентов находились в границе «среднестатистической нормы»).

**Выводы.** Таким образом, в большинстве субъектов Урала в 2012–2013 гг. наблюдалась положительная динамика основных эпидемиологических показате-

лей по туберкулезу. Территорией высокого риска по величине интегрального показателя, характеризующего эпидемическую ситуацию по туберкулезу, явилась Курганская область, низкого риска — Республика Башкортостан. Выявление территорий риска путем использования интегральных показателей служит основой разработки и развития системы управления фтизиатрической службой в субъектах Урала, основанной на своевременном принятии необходимых управленческих решений.

## Проблемы лекарственно-устойчивого туберкулеза в Республике Молдова

Д.О. Саин, И.Н. Хайдарлы, Л.П. Рывняк, Т.П. Тудос, Е.Н. Кула, Г.Т. Кривенко, Е.Н. Чобану

Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», Кишинев, Республика Молдова

**Введение.** Несмотря на все усилия, предпринимаемые в Республике Молдова в рамках национальных программ контроля туберкулеза, внедряемых в 1996–2000, 2001–2005, 2006–2010, а также в 2011–2015 гг., такие факторы, как высокая заболеваемость туберкулезом, распространение туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛКУ) и с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), появление форм туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ), туберкулез у ВИЧ-инфицированных, а также чрезмерная миграция населения, ставят туберкулез в ряд приоритетных проблем общественного здравоохранения. Таким образом, начиная с 2001 и до 2005 г. общее число новых случаев и рецидивов туберкулеза увеличилось с 3820 до 5632. С 2006 г. количество новых случаев и рецидивов туберкулеза стабилизировалось, и наметилась тенденция к снижению общей заболеваемости туберкулезом с 133,9 случая на 100 000 населения в 2005 г. до 110,0 случаев в 2013 г. Вместе с тем общая заболеваемость туберкулезом в Молдове почти в 3 раза выше, чем в среднем по странам Европейского региона. Положительный результат стал возможен благодаря внедрению в Республике Молдова стратегий ДОТС (строго контролируемое лечение) и ДОТС+ (стратегия лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью), рекомендованных ВОЗ для обеспечения контроля туберкулеза. Всем больным до начала лечения проводится тестирование на ЛКУ классическим методом посева на твердые и жидкие питательные среды, используются ускоренные методы диагностики на аппаратах BACTEC MGIT

960, XpertMTB/Rif, ProbeTec, Генотуре® MTBDRplus и Генотуре® Mycobacterium CM. Следует отметить, что феномен ЛКУ за последние 20 лет увеличился с 25,6% в 1997 г. до 57,3% в 2011 г., а ТБ-МЛУ увеличилась с 3,7 до 26,8%, соответственно.

**Материалы и методы.** Совещание министров стран с высоким бременем туберкулеза МЛУ/ШЛУ (Пекин, 2009) рекомендовало провести изучение частоты этих форм ЛКУ, задекларированных в ВОЗ, и информировать о полученных результатах на мировом уровне. Таким образом, на национальном уровне необходимо провести методологические, диагностические, эпидемиологические по определению размеров этой проблемы для расширения гаммы препаратов, к которым тестируется устойчивость, с последующей коррекцией схем лечения. Феномен лекарственной резистентности является большой проблемой в контроле туберкулеза. Высокие показатели частоты культур, резистентных МБТ, регистрируются в регионах как с высокой заболеваемостью, так и с низкой заболеваемостью. Обращается внимание на необходимость координации мероприятий, направленных на строгое обеспечение эффективного контроля инфекции, особенно прекращения распространения МЛУ, ШЛУ и ТЛУ, которая является серьезным бременем для страны. С целью реализации национальной политики в области здравоохранения, стратегии развития системы здравоохранения в период 2008–2017 гг., стратегии Всемирной организации здравоохранения «Остановить туберкулез», глобального плана контроля за туберкулезом на 2006–2015 гг., других международных документов в

данной области, а также исходя из завершения в конце 2015 г. национальной программы по контролю и профилактике туберкулеза на 2011–2015 гг. и программы «Остановить туберкулез МЛУ» мы планируем провести исследование по определению диагностических и организационных особенностей туберкулеза с широкой и тотальной лекарственной устойчивостью.

**Выводы.** В Республике Молдова будут получены данные, характеризующие туберкулез с МЛУ, ШЛУ,

ТЛУ, позволяющие достигнуть повышения эффективности лечения за счет определения эффективных доз инъекционных препаратов (См, Км, Ам) исходя из данных концентрации препарата в культуре при определении устойчивости (первичной и вторичной). Будут разработаны индивидуализированные схемы лечения и определены конкретные сроки лечения исходя из характера резистентности (первичная, вторичная МЛУ, ШЛУ, ТЛУ).

## Анализ заболеваемости туберкулезом детей и подростков Удмуртской Республики в 2013 г.

Е.А. Тюлькина<sup>1</sup>, И.В. Глазкова<sup>1</sup>, М.Г. Микрюкова<sup>1</sup>, О.В. Моисеева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Ижевск;

<sup>2</sup> Ижевская государственная медицинская академия

Заболеваемость туберкулезом детей в Удмуртской Республике нестабильна и зависит от уровня организации выявления и диагностики заболевания. С началом использования в республике в диагностике туберкулеза диаскинтеста с 2010 г. появилась возможность более четкого отбора детей для дальнейшего обследования на предмет туберкулеза, в том числе и с использованием компьютерной томографии, что привело к закономерному росту детской заболеваемости туберкулезом в 2012 г. как в Удмуртской Республике, так и в других регионах и в целом в РФ. В сравнении с 2012 г. детская заболеваемость туберкулезом в 2013 г. снизилась по УР на 32%. Основной клинической формой туберкулеза у детей является туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Эта локализация, а также первичный туберкулезный комплекс составили в 2013 г. 81,5% всех случаев заболевания. Дети с туберкулезом легких составили в 2013 г. 3,7%. Внелегочных и долокальных форм туберкулеза в 2013 г. не выявлено. За последние 3 года случаев смерти от туберкулеза среди детей не зарегистрировано. С 2009 г. в республике у детей не регистрируются остро прогрессирующие формы туберкулеза. Впервые в 2013 г. не выявлено ни одного ребенка-бактериовыделителя. Деструктивные формы туберкулеза среди детей составляют: 4,0% — 2011 г., 2,5% — 2012 г., 3,7% — 2013 год. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована среди детей школьного возраста. Отмечается рост доли заболевших туберкулезом детей, выявленных при профилактическом осмотре.

Заболеваемость туберкулезом подростков в Удмуртской Республике имеет тенденцию к снижению.

В сравнении с 2011 г. этот показатель снизился на 2,4% и не превышает среднероссийский показатель. У подростков распределение клинических форм туберкулеза иное, у них преобладают инфильтративные формы. В 2013 г. выявлен один случай внеторакальной локализации туберкулеза у подростка республики. Случаев смерти от туберкулеза среди подростков за последние 3 года зарегистрировано не было. Стабильно высокая заболеваемость туберкулезом регистрируется среди подростков-школьников. В 2013 г. выявление активных форм туберкулеза при профилактических осмотрах у подростков УР снизилось на 22,2%. Министерством здравоохранения УР принято решение об организации ежегодных флюорографических осмотров среди подростков. Показатель заболеваемости детей и подростков УР, проживающих в бациллярных очагах туберкулезной инфекции, снизился за отчетный год в 3,5 раза, что связано с эффективной профилактической работой с этой группой риска.

**Выводы.** Таким образом, клиническая структура заболеваемости туберкулезом среди детского населения УР представлена в основном малыми формами туберкулеза благодаря активно проводимой специфической профилактике. В сравнении с 2012 г. детская заболеваемость туберкулезом в 2013 г. снизилась по УР на 32%. Качественно проводимые профилактические осмотры на туберкулез и преемственность педиатрической и фтизиатрической служб позволили снизить количество случаев туберкулеза, выявленного при обращении. В клинической структуре туберкулеза у детей преобладает