

большим количеством препаратов, получаемых пациентами в течение дня (в том числе и противотуберкулезных).

Обсуждение и выводы. При лечении туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, роль лечащего врача хотя и имеет главное значение, но в то же время

недостаточна для коррекции пограничных психических и социальных отклонений от нормы. В лечебных учреждениях ФСИН, учитывая особый статус данных лечебных заведений, необходимо обязательное ведение пациента лечащим врачом совместно с клиническим психологом.

Раннее выявление туберкулеза в пенитенциарных учреждениях

К.Б. Владимиров¹, В.Ю. Журавлев², Г.Ю. Марфина², А.К. Иванов²

¹ Медико-санитарная часть № 78 ФСИН России, г. Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Введение. Заболеваемость туберкулезом у заключенных, особенно в сочетании с ВИЧ-инфекцией, является актуальной проблемой здравоохранения во всем мире. Течение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется скоротечностью и склонностью к генерализации специфического процесса.

Цель. Изучение роли традиционных и ускоренных методов обследования в выявлении туберкулеза у заключенных.

Методы. Исследование проведено на базе больницы № 1 МСЧ-78 ФСИН России (до февраля 2011 г. — областная больница им. доктора Ф.П. Гааза). Изучены случаи выявленного активного туберкулеза, проанализированы пути выявления туберкулеза, ВИЧ-статус, результаты бактериоскопии мокроты, флюорографии (ФЛГ), исследований патологического материала больных туберкулезом путем посева на твердые и жидкие (ВАСТЕС MGIT 960) среды, методами ПЦР и ТБ-Биочип.

Результаты исследования. По результатам ФЛГ-обследования осужденных в 2007–2010 гг. выявлен 1091 случай заболевания туберкулезом, 1042 больных — мужчины. У 499 пациентов имело место сочетание ТБ и ВИЧ-инфекции. Большинство ВИЧ-негативных лиц (89,5%) выявлены при профилактической флюорографии, 47,9% больных ТБ/ВИЧ выявлены по обращаемости ($p < 0,01$). Межфлюорографический период к моменту обращения больных ко-инфекцией за медицинской помощью составил 4,1 мес. (1,9–6,5; 25–75%). Проанализированы результаты бактериоскопии мокроты у 290 больных туберкулезом, выявленных по обращаемости. Установлено, что у 132 (56,9%) больных ТБ группы ВИЧ(+) и у 22 (37,9%) ВИЧ(-) при бактериоскопии мокроты были выявлены МБТ.

Лекарственная устойчивость МБТ (ЛУ МБТ) в посевах на твердые среды отмечена у 62,6% впервые вы-

явленных больных туберкулезом, без существенных отличий у пациентов без ВИЧ-инфекции и в группе ТБ/ВИЧ. В спектре первичной ЛУ МБТ преобладала устойчивость к стрептомицину, изониазиду и рифампицину. Встречаемость МБТ составила 44,6%. Средняя продолжительность исследований составила 76 дней. При посеве респираторного материала (мокрота, плевральный экссудат) на жидкие среды длительность исследований составила в среднем 31 день ($p < 0,05$), превалентность МЛУ МБТ — 57,1%. Выполнено 328 ПЦР-исследований различного материала у 192 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции (см. табл.). Мутации, приводящие к ЛУ МБТ к рифампицину, выявлены в 49 (57,6%) случаев, к изониазиду — в 51 (60,1%) случаев. Мутации, ассоциированные с ЛУ к изониазиду и рифампицину, имели место у 42 (49,4%) больных. Длительность ПЦР исследований составила в среднем 2 сут.

Исследование различного материала методом ПЦР

Материал	Результат исследования		Выявлена ДНК МБТ	
	ДНК МБТ не обнаружена		п	%
Кровь (у больных распространенными формами туберкулеза)	40	65,6	21	34,4
Ликвор	24	46,2	28	53,8
Урогенитальный материал	5	55,6	4	44,4
Биоптаты периферических лимфатических узлов и свищей	7	8,9	72	91,1
Биоптаты тканей при полостных операциях	4	21,1	15	78,9
Экссудаты серозных полостей	27	25,2	80	74,8
Итого	107	32,6	221	67,4

Выводы. Эффективность флюорографии как массового метода выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией значительно снижена. Исследование мокроты на МБТ у таких больных является альтернативным методом диагностики туберкулеза у заключенных. У заключенных лиц для своевременной диагностики ТБ необходимо раннее применение ускоренных (культурального, ПЦР) методов исследования любого доступного патологического материала. Ме-

тоды ПЦР и ТБ-Биочип обладают высокой чувствительностью при выявлении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией и позволяют в ранние сроки выявлять лекарственную устойчивость возбудителя. Необходимы дальнейшие исследования эффективности химиопрофилактики туберкулеза у ВИЧ-позитивных заключенных с возможным пересмотром применяемых для этого схемы и ассортимента препаратов.

Смертность больных туберкулезом в пенитенциарной системе Санкт-Петербурга и Ленинградской области за 7 лет

Е.В. Зайцева^{1,2}, И.Ю. Мастерова¹

¹ Медико-санитарная часть № 78 ФСИН России, г. Санкт-Петербург;

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Введение. Пенитенциарная система отчасти выполняет роль фильтра, временно освобождая общество от лиц, опасных как в социальном, так и в эпидемическом плане. Показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в местах лишения свободы всегда были выше, чем в гражданском секторе здравоохранения, что объясняется многими факторами санитарного и социального характера.

Цель. Анализ смертельных исходов туберкулеза у больных в пенитенциарном учреждении.

Материалы и методы. Смертность в областной больнице имени доктора Ф.П. Гааза отражает объективность этого показателя по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, так как только эта больница может оказывать высокоспециализированную и неотложную помощь и имеет в своей структуре реанимационное отделение. В связи с этим все больные в учреждениях ФСИН по СПб и ЛО при ухудшении состояния переводятся в областную больницу имени Ф.П. Гааза. В тюремной больнице им. Ф.П. Гааза за 2007–2013 гг. проведен анализ смертности больных туберкулезом, в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и обсуждение. Уровень смертности в пенитенциарной системе прежде всего зависит от показателя заболеваемости туберкулезом, распространенности этого заболевания, от стадий развития болезни и сочетания с ВИЧ-инфекцией. Значимое снижение иммунитета наступает у ВИЧ-позитивных пациентов с 6–7-го года после инфицирования ВИЧ. Среди всех оппортунистических инфекций, приводящих к смерти ВИЧ-позитивных лиц, на первом месте стоит туберкулез.

Качество оказания медицинской помощи в местах лишения свободы обусловлено оснащенностью медицинских учреждений, кадровым составом и возможностями полноценного прижизненного обследования для установления диагноза и начала лечения как противотуберкулезными, так и антиретровирусными препаратами. А условием своевременного начала антиретровирусной терапии является возможность сплошного иммунологического обследования ВИЧ-инфицированных лиц с целью выявления групп, подлежащих лечению.

На уровень смертности также влияет возможность освобождения пациентов при подтверждении заболевания, входящего в перечень тяжелых заболеваний, препятствующих отбыванию наказания. В разные годы доля умерших больных с коротким сроком госпитализации — менее 21 дня — варьировала от 40 до 58,9% (максимум — в 2010 г.). А в случае краткосрочного пребывания больного на койке трудно добиться компенсации патологического процесса, закончить полное обследование и подтвердить заболевание с целью освобождения по болезни.

Больные туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в 2000–2002 гг. составляли подавляющее большинство, ежегодно от 88,5 до 98,9%, и в большинстве были инфицированы ВИЧ (см. рис.).

До 2010 г. суды периодически отказывали в освобождении по болезни осужденным лицам, учитывая тяжесть совершенных преступлений. Возможности освобождать подозреваемых просто не существовало. С 2011 г. стало возможно освобождать не только осужденных лиц, но и подследственных. Надо при