



этом учитывать, что в среднем каждый пятый больной (от 11,5 до 46,5%) ежегодно поступал в больницу именно из следственных изоляторов.

Лечение больных антиретровирусными препаратами началось в середине 2009 г. и до конца 2010 г. не носило массового характера. С 2010 г. началась реорганизация медицинской службы, введена в строй ту-

беркулезная больница для подследственных, улучшилось обеспечение медицинскими препаратами.

**Выводы.** Снижение уровня смертности от туберкулеза в пенитенциарной системе СПб и ЛО достигнуто прежде всего благодаря проведенному реформированию в медицинской службе ФСИН и внесению дополнений в законодательство.

## Туберкулез в пенитенциарных учреждениях Республики Беларусь

П.С. Кривонос<sup>1</sup>, А.Ф. Гриневич<sup>2</sup>, И.В. Рагулина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет;

<sup>2</sup> Исправительное учреждение «ИК № 12» управления ДИН МВД Республики Беларусь

**Введение.** Пенитенциарные учреждения (ПУ) представляют собой весомый резервуар туберкулезной инфекции ввиду комплекса неблагоприятных факторов, присущих категории лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. В связи с этим эпидемическое благополучие по туберкулезу в пенитенциарной системе является одним из компонентов охраны здоровья всего населения.

**Материалы и методы.** Мы провели сравнительный анализ динамики показателей заболеваемости, болезненности и смертности от туберкулеза в ПУ, а также изучили распространенность ВИЧ-ассоциированного и лекарственного резистентного туберкулеза среди спецконтингента ПУ в Республике Беларусь.

**Результаты.** В течение последних лет удалось снизить уровень заболеваемости туберкулезом спец-

контингента на 39,5%. В 2013 г. показатель заболеваемости туберкулезом составил 247,5 на 100 тыс., что превышало заболеваемость данной инфекцией всего населения республики в 6,6 раза. Следует отметить, что в начале 2000-х гг. среднегодовой показатель заболеваемости туберкулезом в тюрьмах в 20 раз превышал аналогичный показатель по республике. Удельный вес бактериовыделителей среди впервые выявленных пациентов с туберкулезом в 2013 г. составил 71,7%, а удельный вес деструктивных форм — 13,2%. Показатель заболеваемости рецидивами туберкулеза в ПУ сохраняется стабильным на протяжении ряда лет. В последние 3 года наметилась тенденция к снижению данного показателя с 154,4 до 102,7 на 100 тыс. За период с 2007 по 2013 г. показатель болезненности контингентов ПУ всеми формами туберкулеза снизился на

19,8% и составил 1211,8 на 100 тыс., что объясняется в значительной мере снижением количества спецконтингента, содержащегося в УИС в последние годы.

Показатель смертности от туберкулеза в учреждениях УИС республики имеет тенденцию к стабилизации. Так, в 1999 г. смертность от туберкулеза в ПУ превышала аналогичный показатель среди населения республики в 6,6 раза. В настоящее время смертность спецконтингента от туберкулеза в ПУ превышает показатель смертности от туберкулеза населения республики в 2 раза.

Негативное влияние на ситуацию по туберкулезу в ПУ республики оказывает проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции. В 2013 г. заболеваемость ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в местах лишения свободы составила 1199,5, что в 4,8 раза выше заболеваемости туберкулезом всего спецконтингента. В последние 3 года учет лекарственной устойчивости МБТ в ПУ республики проводился в когортах среди впервые выявленных и повторно леченых пациентов. Установлено, что у лиц с впервые установленным диа-

гнозом туберкулеза в ПУ уровень первичной МЛУ составил 30–32%, а у пациентов, ранее леченных, — более 80%, что соответствует средним показателям по республике (32,3 и 75,6% соответственно).

**Обсуждение и выводы.** В Республике Беларусь удалось стабилизировать ситуацию по туберкулезу и значительно снизить распространенность туберкулеза среди спецконтингента. Вместе с тем следует отметить, что в ПУ по-прежнему сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу, что обусловлено социальными и медико-биологическими факторами. В местах лишения свободы отмечается высокий показатель заболеваемости спецконтингента туберкулезом, который в 6,6 раза превышает заболеваемость населения туберкулезом. Заболеваемость туберкулезом ВИЧ-инфицированных осужденных в 4,8 раза выше уровня заболеваемости туберкулезом всего спецконтингента. Наиболее сложной и финансово затратной остается проблема туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, а также ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

## Выявление, диагностика и клиника туберкулеза легких у больных, поступивших в следственный изолятор предварительного заключения

В.Ю. Мишин, К.И. Аксенова, Н.А. Егорова

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

**Введение.** Следственные изоляторы предварительного заключения (СИЗО) выполняют роль своеобразного «фильтра», так как более 70% больных активными формами туберкулеза легких (ТЛ) не знают о своем заболевании и не состоят на учете в противотуберкулезных диспансерах (ПТД). При этом более 40% из них страдают деструктивным ТЛ и выделяют микобактерии туберкулеза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) (Кононец А.С. и др., 2008; Аксенова К.И. и др., 2013). В связи с этим раннее выявление и своевременная диагностика и изоляция эпидемиологически опасных больных ТЛ с МЛУ МБТ является актуальной задачей фтизиатрии в плане снижения резервуара и распространения инфекции у лиц, находящихся в СИЗО.

**Цель.** Повышение эффективности выявления и диагностики ТЛ, в том числе с МЛУ МБТ, у лиц, поступивших в СИЗО, на основе алгоритма последовательного двухэтапного комплексного клиничко-рентгенологического и микробиологического исследования.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования — проспективное клиническое исследование 308 больных ТЛ мужчин в возрасте 18–60 лет, выявленных при поступлении в СИЗО. На первом этапе все лица, поступившие в СИЗО, в тот же день осматривались врачом и проходили флюорографическое исследование органов грудной клетки. При выявлении клинических признаков и изменений в легких, подозрительных на туберкулез, больные изолировались в «диагностическую бокс-камеру». На втором этапе проводилось углубленное клиническое, рентгено-томографическое и комплексное микробиологическое исследование мокроты с определением лекарственной чувствительности МБТ. При подтверждении диагноза ТЛ больной переводился в специализированное туберкулезное отделение для проведения противотуберкулезного лечения.

**Результаты.** По характеру диагностированного ТЛ больные разделились на 3 группы. В 1-ю группу вошли 44,2% (136) больных с впервые выявленным в СИЗО ТЛ.