

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 клинко-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.

2-ю группу составили 23,7% (73) пациента с поздними рецидивами ТЛ, снятых с учета ПТД после клинического излечения. В 3-ю группу были отнесены 32,1% (99) больных с активным ТЛ, которые ранее состояли на учете в ПТД, из них только 25 (25,2%) посещали ПТД и получали специфическое лечение. Диссеминированный туберкулез был в 1-й группе у 21,3% больных, во 2-й — у 21,9% и в 3-й — у 28,3% ( $p > 0,05$ ), очаговый соответственно — у 20,6; 13,7 и 14,1% ( $p > 0,05$ ); инфильтративный — у 55,9; 39,7 и 22,2% ( $p < 0,05$ ); фиброзно-кавернозный — у 2,2; 24,7 и 34,3% ( $p < 0,05$ ). Каверны в легких в 1-й группе были выявлены у 27,2% пациентов, во 2-й группе — у 34,2% и в 3-й группе — у 66,7% ( $p < 0,05$ ). Выделение МБТ у больных 1-й группы было установлено в 16,2% случаев и с МЛУ — в 18,4%, у больных 2-й группы — в 19,2 и в 49,3% соответственно; у больных 3-й — в 77,8 и 69,7% ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У всех категорий больных, диагностированных в СИЗО, ТЛ характеризуется преобладанием распространенных деструктивных форм с выделением МБТ и высоким уровнем МЛУ, что определяет высокий уровень эпидемиологической опасности для здорового населения, в том числе для лиц, находящихся в СИЗО. Разработанный алгоритм последовательного двухэтапного комплексного клинко-рентгенологического и микробиологического исследования лиц, поступивших в СИЗО, позволил у 44,2% больных диагностировать впервые выявленный ТЛ и у 23,7% — рецидив заболевания с МЛУ МБТ соответственно в 18,4 и 19,2% случаев. Подтвержден диагноз активного ТЛ с МЛУ МБТ в 69,7% случаев у 34,3% пациентов, ранее наблюдавшихся в ПТД, представляющих наибольшую эпидемиологическую опасность и требующих изоляции и продолжения лечения.

## Комплекс противотуберкулезных мероприятий в местах лишения свободы в Омской области как модель эффективной организации противотуберкулезной помощи в РФ

М.П. Татаринцева<sup>1</sup>, С.П. Катков<sup>2</sup>, С.Н. Руднева<sup>1</sup>, А.В. Пулькис<sup>1</sup>, И.В. Буркова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> УЗОО «КПТД»; <sup>2</sup> ФКУЗ МСЧ-55

**Введение.** Распространение туберкулеза в местах лишения свободы оказывает существенное влияние на эпидемиологическую ситуацию по данному заболеванию в целом по стране. Повышенная концентрация лиц из социально дезадаптированных групп, чаще всего страдающих социально значимыми заболеваниями, способствует высокому уровню распространения туберкулеза в замкнутых коллективах исправительных колоний и СИЗО.

**Материалы и методы.** Проведен анализ созданной в 2009–2013 гг. организации противотуберкулезной работы в учреждениях ФСИН по Омской области, которая проводится в рамках комплексного плана мероприятий с головным тубдиспансером. Среди заключенных и осужденных организовано не только проведение сплошной двукратной флюорографии, но и архивирование снимков в их медицинской документации. Это упрощает проведение дифференциально-диагностических мероприятий при диагностике туберкулеза. Возможности лабораторной диагностики туберкулеза соответствуют современным требованиям включая бактериоскопические, культуральные и молекулярно-генетические методы исследования с определением лекарственной чувствительности МБТ

к противотуберкулезным препаратам. Интенсивная фаза лечения туберкулеза проводится в профилированных отделениях ведомственной больницы в соответствии с установленным ЦВК режимом. Фаза продолжения лечения осуществляется в профильных отрядах специализированной туберкулезной колонии, где пациент находится до клинического излечения или окончания срока заключения. Длительно болеющие туберкулезом из камер для туберкулезных больных СИЗО сразу направляются в профильный отряд колонии. Ведение территориального регистра больных туберкулезом в головном тубдиспансере исключает повторные случаи регистрации больных туберкулезом во ФСИН и позволяет осуществлять региональный мониторинг заболеваемости туберкулезом, формировать ф. № 8 «Сведения о больных туберкулезом» по территории, в том числе ФСИН.

**Результаты.** Созданная организация противотуберкулезной работы во ФСИН за 5 лет позволила снизить заболеваемость туберкулезом в 2,2 раза, не регистрировать запущенные и посмертные случаи выявления туберкулеза, уменьшить удельный вес МБТ+ среди впервые выявленных больных с 33,5 (2009 г.) до 23,6% (2013 г.); в Омской области — 45,1 и 53,0% соот-