

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-

ветственно; уменьшить удельный вес фазы распада среди впервые выявленных больных туберкулезом с 19,0 (2009) до 11,5% (2013); в Омской области — 40,0 и 34,3% соответственно. Доля больных туберкулезом, выявленных при профилактических осмотрах, выросла с 91,5 (2009) до 99,0% (2013 г.; Омская область — 66,7%). Удельный вес очаговой формы туберкулеза вырос с 4,1 в 2009 г. до 21,8% в 2013 г. (Омская область — 12,0 и 9,2%). В то же время показатель заболеваемости туберкулезом во ФСИН в 13,2 раза превышает аналогичный показатель по Омской области, сохраняется высоким удельный вес контактных среди впервые выявленных больных туберкулезом: 6 (2009 г.) и 3,0% (2013 г.); Омская область — 3,3 и 1,8% соответственно.

**Обсуждение и выводы.** Совершенствование противотуберкулезной работы в учреждениях ФСИН и системы межведомственного взаимодействия с гражданской фтизиатрической службой, созданная организация противотуберкулезной работы во ФСИН не только улучшили эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в учреждениях исполнения наказания за счет своевременного выявления источника заражения туберкулезом и минимизации путей его передачи, но и снизили влияние заболевших во ФСИН на формирование территориального показателя заболеваемости туберкулезом в Омской области: с 12,3 (2009) до 9,3% (2013); в РФ — с 12,0 до 10,2% соответственно.

## Совершенствование системы санитарно-бактериологического контроля во фтизиатрическом стационаре

Н.И. Еремеева, М.А. Кравченко, В.В. Канищев,  
Д.В. Вахрушева, К.В. Белоусова, Т.В. Умпелева

Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

**Введение.** Во фтизиатрических стационарах, как и в других лечебно-профилактических организациях (ЛПО), в целях защиты пациентов и персонала от внутрибольничной инфекции проводится производственный контроль соблюдения требований СанПин 2.1.3.2630-10 при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий. Основными критериями оценки их качества являются отрицательные результаты посевов проб с объектов внутрибольничной среды (то есть отсутствие стафилококков, бактерий группы кишечных палочек, сальмонелл, синегнойной палочки) и показатели обсемененности воздуха, не превышающие установленные нормативы по общему количеству микроорганизмов, количеству колоний *S. aureus* и количеству плесневых и дрожжевых грибов в 1 м<sup>3</sup> воздуха. Во фтизиатрических учреждениях, помимо внутрибольничных инфекций, вызываемых указанными выше микроорганизмами, существует возможность распространения нозокомиальной туберкулезной инфекции, санитарно-бактериологический контроль которой не предусмотрен действующими нормативными документами. С учетом стабильно высокого в течение ряда лет уровня профессиональных заболеваний туберкулезом органов дыхания среди медицинского персонала в России существует необходимость санитарно-бактериологического контроля наличия возбудителя туберкулеза на

объектах внутрибольничной среды и в воздухе помещений.

**Цель.** Внедрение санитарно-бактериологического контроля наличия возбудителя туберкулеза на поверхностях объектов в систему производственного контроля во фтизиатрическом стационаре.

**Материалы и методы.** В 2012 и 2013 гг. в систему производственного контроля УНИИФ была включена оригинальная технология бактериологического контроля наличия МБТ на поверхностях предметов. Забор проб осуществляли зондом гинекологическим, в качестве смывной жидкости использовали 2 мл бульона Ди-Ингли. В пробе определяли наличие маркера ДНК *M. tuberculosis IS6110* (IS6110-RFLP-типирование) для быстрого, в течение 1–2 сут, определения потенциальной эпидемиологической опасности исследуемого объекта. При наличии достаточного количества ДНК проводили определение наличия мутаций в генах *groB*, *katG* и *inhA*, обуславливающих устойчивость к рифампицину и изониазиду («ТБ-Биочип (MDR)», ООО «Биочип-ИМБ», г. Москва); для получения культуры МБТ оставшееся количество пробы засеивали на среду Левенштейна-Йенсена.

**Результаты.** В 2012 г. установлено, что 96,4% исследованных поверхностей противотуберкулезного стационара контаминированы ДНК МБТ. В 32,1% случаев количество ДНК было достаточным для детек-