

медицинский персонал совместно имели в 1,8 раза выше риск позитивного результата квантиферонового теста в сравнении со всеми остальными (ОШ 1,8, 95% ДИ 0,94–3,4). Сотрудники с минимальными контактами имели в 3 раза меньше шансов на инфицирование, чем все остальные (ОШ 3, 95% ДИ 1,22–7,3). Сотрудники со стажем работы более 10 лет имели шанс на квантиферон-позитивный тест выше в 3 раза, чем менее проработавшие (ОШ 3,1, 95% ДИ 1,6–6). У сотрудников со стажем работы более 19 лет шансы на наличие ЛТИ повышались в 8 раз (ОШ 8,9, 95% ДИ 3,3–24,1). Полученные нами с помощью онлайн-интерпретатора риски активации ТБ, рассчитываемые на срок 2 года после диагностики, привели к разделению сотрудников на 2 группы: с относительно низким (до 26,2%, у 17 из 45) и высоким (свыше 60%, у 28 из 45 сотрудников) риском, при отсутствии промежуточных значений. Наибольшая доля имеющих ЛТИ пришлась на возраст 50–59 лет (40%). Не было обнаружено связи между возрастом и риском

активации ТБ. При сравнении групп с низким (до 26,2%) и высоким (более 60%) риском активации туберкулезной инфекции не было обнаружено связи с возрастом, наличием перенесенного туберкулеза в анамнезе, условиями проживания и уровнем доходов. Значимым из медико-биологических факторов риска явилось наличие фиброза и очагов при рентгено-томографическом исследовании грудной клетки ( $p=0,0015$ ).

**Выводы.** В крупном противотуберкулезном учреждении инфицировано около 1/3 персонала. Важными факторами инфицирования для сотрудников являются максимальная приближенность к больному туберкулезом (фтизиатры и средний медицинский персонал) и стаж работы. Оцененный риск активации туберкулеза в течение 2 лет свыше 60% был обнаружен у 62,2% сотрудников. Главным фактором риска активации ТБ у сотрудников, имеющих ЛТИ, является наличие фиброза и очагов в легочной ткани, выявленное КТ органов грудной клетки.

## Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулеза в условиях активной миграции населения

**И.В. Голубева, Н.А. Скрынник, Е.В. Шевырева, М.А. Иванова, С.В. Федоров**

Противотуберкулезный диспансер № 12 Адмиралтейского района, г. Санкт-Петербург

**Введение.** Трудовая миграция считается позитивным фактором развития экономики. Ежегодно отмечается рост числа иностранных граждан (внешних мигрантов), прибывающих в Санкт-Петербург с целью осуществления трудовой деятельности. С 2011 г. выявление туберкулеза у иностранцев в Санкт-Петербурге осуществляется на платной основе, в отношении больных туберкулезом принимается решение о нежелательности пребывания в РФ. Граждане РФ, постоянно проживающие на другой территории (внутренние мигранты) и не имеющие регистрации по месту временного пребывания, также могут столкнуться с проблемами при получении противотуберкулезной помощи.

**Цель.** Оценить возможность выполнения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза в условиях активной миграции населения.

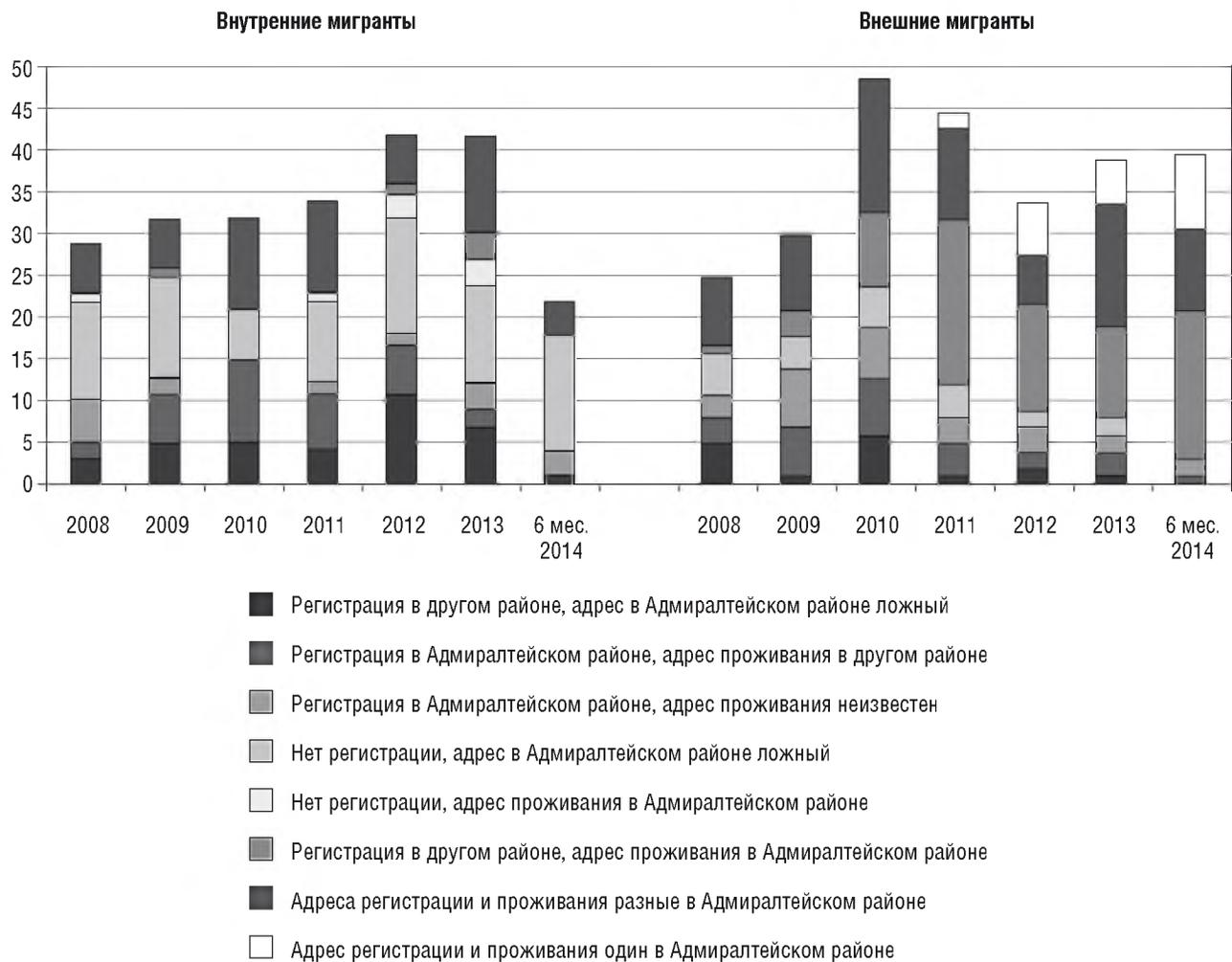
**Материалы и методы.** Исследование проводилось на территории Адмиралтейского района Санкт-Петербурга в период с 01.01.2008 по 30.06.2014. В 2008–2010 гг. иностранные граждане получали противотуберкулезную помощь на общих основаниях с

постоянным населением, с 2011 г. — на платной основе в городском ПТД. Граждане РФ, прибывшие из других территорий, обслуживались на общих с постоянным населением основаниях.

**Результаты.** За исследуемый период среди постоянных жителей района впервые выявлено случаев туберкулеза:

Год	2008	2009	2010	2011	2012	2013	6 мес. 2014
Постоянные жители	80	72	51	66	65	54	32

Лишь в единичных случаях адрес фактического проживания (АФП) постоянных жителей не совпадал с адресом регистрации (АР), что в целом не влияло на своевременность проведения и объем противоэпидемических мероприятий, включающих обследование контактных лиц и дезинфекцию. Для внутренних и внешних мигрантов ситуация выглядела иначе: варианты их АФП/АР по отношению к обслуживаемой районным диспансером территории представлены на рисунке. Для внутренних ми-



грантов частота несовпадений АР с АФП на момент выявления заболевания составила от 71% (27) в 2012 г. до 100% в 2014 году. Возможность обследовать очаг туберкулеза в связи с расположением его на территории района была минимальной в 2013 г. (57,5% — 24) и максимальной — в 2014 г. (82% — 18). Регистрация отсутствовала у 19% (6) больных в 2010 г. и достигла 63,5% (14) в 2014 году. Причиной отсутствия регистрации назывался отказ владельца арендуемого жилья. Для внешних мигрантов частота несовпадения АР с АФП была от 81% (21) в 2008 г. до 100% в 2014 г., и если в 2008 г. противотуберкулезная служба получила доступ в 62% (16) очагов, то в 2014-м удалось обследовать лишь 7,5% (3) очагов — 25% больных проживали в другом районе и 67,5% (27)

больных скрыли адрес проживания или сообщили ложный адрес. Значительное ухудшение доступа в очаги туберкулеза отмечено с 2011 года.

**Обсуждения и выводы.** Современное состояние рынка аренды жилья и существующий порядок регистрационного учета по месту временного пребывания/проживания гражданина РФ не способствуют своевременному проведению полноценных противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза в условиях активной миграции населения. Условием выполнения противоэпидемических мероприятий в отношении иностранного гражданина могут быть исключительно доверительные отношения между врачом и пациентом, что невозможно при существующей практике депортации.