



## Факторы риска отказа от продолжения диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза пациентов, выявленных в учреждениях пенитенциарной системы Российской Федерации

С. Н. ЛИСОВСКИЙ<sup>1</sup>, Е. Н. ТУРКИНА<sup>2</sup>, С. А. СТЕРЛИКОВ<sup>1</sup>, Ю. В. МИХАЙЛОВА<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, Москва, РФ

<sup>2</sup>ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер Калининградской области», г. Калининград, РФ

РЕЗЮМЕ

Одной из существенных проблем является отсутствие преемственности диспансерного наблюдения и лечения пациентов, страдающих туберкулезом, между учреждениями Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) и медицинскими организациями гражданского здравоохранения. В значительной мере это обусловлено тем, что пациенты, освобожденные из учреждений ФСИН России, уклоняются от продолжения диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза или риска его реактивации.

**Цель исследования:** выявить предикторы уклонения пациентов с туберкулезом, выявленным в учреждениях ФСИН России, от продолжения диспансерного наблюдения после их освобождения.

**Материалы и методы.** В исследовании случай-контроль изучены сведения о 75 пациентах, выявленных в учреждениях ФСИН России в период с 2014 по 2018 г. и освобожденных к моменту проведения исследования. Из них 62 продолжили наблюдение в противотуберкулезном диспансере, а 13 – уклонились от него. Установлено, что к предикторам отказа от диспансерного наблюдения относятся: мужской пол; отсутствие определенного места жительства либо иностранное гражданство; наличие туберкулеза с малой распространенностью, без бактериовыделения; клинически излеченный туберкулез на момент освобождения (III группа диспансерного наблюдения). Наличие постоянного места жительства, отдельных сопутствующих соматических заболеваний и вирусных гепатитов способствует желанию пациентов продолжить наблюдение в медицинских организациях гражданского здравоохранения, в том числе по поводу туберкулеза.

**Ключевые слова:** туберкулез в учреждениях уголовно-исполнительной системы, диспансерное наблюдение по поводу туберкулеза, приверженность к лечению, уклонение от диспансерного наблюдения

**Для цитирования:** Лисовский С. Н., Туркина Е. Н., Стерликов С. А., Михайлова Ю. В. Факторы риска отказа от продолжения диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза пациентов, выявленных в учреждениях пенитенциарной системы Российской Федерации // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2020. – Т. 98, № 9. – С. 44-49. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-9-44-49>

## Risk factors for refusing to continue medical follow-up by tuberculosis patients detected in the penitentiary system of the Russian Federation

S. N. LISOVSKIY<sup>1</sup>, E. N. TURKINA<sup>2</sup>, S. A. STERLIKOV<sup>1</sup>, YU. V. MIKHAYLOVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia

<sup>2</sup>Kaliningrad Regional TB Dispensary, Kaliningrad, Russia

ABSTRACT

One of the essential problem is the lack of continuity of medical follow-up and treatment of tuberculosis patients released from the penitentiary units and transferred to civilian medical services. Mostly it is due to the fact that patients released from prisons are reluctant to continue medical follow-up needed for their disease of tuberculosis or risk of its reactivation.

**The objective of the study:** to find out the predictors of avoidance behavior in tuberculosis patients released from the penitentiary system of Russia resulting in reluctance to continue medical follow-up.

**Subjects and methods.** During the case-control study, the information about 75 patients was investigated; those patients were detected in the penitentiary system in the period with 2014–2018 and released by the moment when the study was conducted. Of them, 62 referred to TB dispensary to continue follow-up and 13 didn't. The following predictors of the failure to continue medical follow-up were found out: the lack of a regular place of residence or foreign citizenship; tuberculosis with minimal lesions and the negative result of the sputum test; clinically cured tuberculosis at the moment of release (Group III of dispensary follow-up). The regular place of residence, certain concurrent somatic conditions, and virus hepatitis contributed to the willingness of patients to continue follow-up in the civilian medical system including due to tuberculosis.

The key words: tuberculosis in the penitentiary system, dispensary follow-up of tuberculosis patients, adherence to treatment, failure to continue medical follow-up

**For citations:** Lisovskiy S. N., Turkina E. N., Sterlikov S. A., Mikhaylova Yu. V. Risk factors for refusing to continue medical follow-up by tuberculosis patients detected in the penitentiary system of the Russian Federation. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2020, Vol. 98, no. 9, P. 44-49. (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-9-44-49>

Для корреспонденции:  
Стерликов Сергей Александрович  
E-mail: [sterlikov@list.ru](mailto:sterlikov@list.ru)

Correspondence:  
Sergey A. Sterlikov  
Email: [sterlikov@list.ru](mailto:sterlikov@list.ru)

Ежегодно из учреждений Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России освобождаются несколько тысяч больных активным туберкулезом. По данным формы № ФСИН-6 «Сведения

о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателей деятельности медицинской службы» за 2018 г., из учреждений

ФСИН России освобожден 8 081 больной туберкулезом (все состояли на диспансерном учете по поводу туберкулеза), из которых 666 – в связи с болезнью. При этом, по данным формы федерального статистического наблюдения № 33 «Сведения о больных туберкулезом», на учет в медицинские организации подчинения Минздрава России из учреждений ФСИН России прибыло 5 216 пациентов, т. е. на 2 865 (35,5%) пациентов меньше, чем выбыло из учреждений ФСИН России. Данная ситуация характерна не только для 2018 г. и описывалась в аналитических обзорах по туберкулезу в Российской Федерации с 2006 г. [3, 4]. Данные статистического наблюдения касаются пациентов, которые на момент освобождения из учреждений ФСИН России состояли в I или II группах диспансерного наблюдения (ГДН). Масштаб отказов от продолжения диспансерного наблюдения пациентов, состоящих в III ГДН, нуждающихся в проведении противоречивых мероприятий, неизвестен.

Цель исследования: изучить возможные факторы риска (предикторы) отказа от продолжения диспансерного наблюдения в условиях гражданского здравоохранения после освобождения из учреждений ФСИН России.

### Материалы и методы

Дизайн исследования: продольное ретроспективное исследование случай-контроль. В качестве модельной территории для изучения факторов риска отказа от продолжения диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза освободившимися из учреждений ФСИН пациентами была выбрана Калининградская область. Выбор субъекта обусловлен его относительной изолированностью от остальной территории Российской Федерации, что препятствует выезду освободившихся пациентов за пределы Калининградской области и их регистрации в медицинских организациях, оказывающих специализированную помощь больным туберкулезом других субъектов Российской Федерации. С другой стороны, в Калининградской области налажено тесное взаимодействие между гражданским и пенитенциарным здравоохранением, проводятся совместные врачебные комиссии, противотуберкулезный диспансер (ПТД) своевременно извещается об освободившихся пациентах, что позволяет исключить организационные причины отказа от диспансерного наблюдения.

Анализировали данные медицинской документации: форма 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза с рецидивом туберкулеза», форма 01-ТБ/у «Медицинская карта лечения больного туберкулезом» (ф. 01-ТБ/у), заполненная на пациента в учреждении ФСИН России, выписка на освободившегося пациента, данные обследования пациента при его явке в ПТД. Кроме того,

из разных форм медицинской документации изучали сведения о состоянии здоровья пациентов, продолживших лечение в ПТД, а также окончательный результат лечения пациента, известный на сегодняшний день, как по данным формы 01-ТБ/у, так и по результатам диспансерного наблюдения (ф. № 030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений»).

В исследование включены сведения о 75 пациентах (70 мужчинах и 5 женщинах), у которых туберкулез был выявлен в учреждениях ФСИН Калининградской области РФ в период с 22.01.2014 г. по 14.12.2018 г. Возраст пациентов на момент выявления был от 21 года до 66 лет (медиана – 35 лет; 25%-й квартиль – 30 лет, 75%-й квартиль – 40 лет). Большинство пациентов (58 – 77,3%) были жителями Калининградской области, 13 (17,3%) пациентов были лицами без определенного места жительства (БОМЖ), 3 – иностранными гражданами, 1 – жителем другого субъекта Российской Федерации (в исследование включен как житель Российской Федерации). Медианный период от освобождения пациентов из учреждений ФСИН России до его постановки на учет в ПТД составил 19,5 дня (25%-й квартиль 4,5; 75%-й квартиль – 43).

Всех освободившихся разделили на две группы: 1-я группа – 62 пациента, которые явились для диспансерного наблюдения в ПТД; 2-я группа – 13 пациентов, которые не явились в ПТД.

Проводили анализ следующих потенциальных предикторов: место выявления (следственный изолятор – СИЗО либо исправительное учреждение – ИУ), возраст, пол, диагноз при выявлении, наличие бактериовыделения и деструкции легочной ткани, регистрационная группа и место жительства, назначенный при выявлении туберкулеза режим химиотерапии, наличие лекарственной устойчивости возбудителя, сопутствующая патология.

Изучаемые потенциальные предикторы сформулированы на основании ряда гипотез.

Место выявления: выявление туберкулеза в СИЗО происходит на фоне острой стрессовой ситуации, связанной с внезапным изменением жизни пациента. При этом стресс, производимый фактом выявления туберкулеза [6], суммируется со стрессом, вызванным недавним помещением пациента в СИЗО, и тяжелыми, в том числе с психологической точки зрения, условиями содержания, абстинентным синдромом [2]. Это потенциально может приводить к меньшей результативности психологической работы с пациентом.

Возраст пациента соотносится с его жизненным и криминальным опытом и потенциально может влиять на приверженность пациента к лечению.

Гендерные особенности также влияют на приверженность к лечению: по наблюдению Т. Ю. Чебагиной и др. [7], результативность лечения туберкулеза у женщин выше, чем у мужчин.

Регистрационная группа пациента указывает на наличие предшествующего опыта лечения туберкулеза у пациента, что также может оказывать влияние на приверженность к лечению и диспансерному наблюдению. Результаты рутинного мониторинга исходов лечения демонстрируют большую приверженность впервые выявленных больных по сравнению с больными при рецидиве туберкулеза [1]. Это позволяет ожидать большую приверженность к продолжению лечения и диспансерного наблюдения после освобождения.

Место жительства пациента также потенциально может влиять на результаты диспансерного наблюдения и лечения. Ожидается, что постоянные жители Калининградской области будут более привержены к продолжению диспансерного наблюдения или лечения, чем остальные категории населения, особенно иностранные граждане, наличие активного туберкулеза у которых является основанием для их депортации.

Диагноз пациента и клинико-рентгенологические характеристики процесса также могут оказывать влияние: пациенты, не имеющие клинических симптомов туберкулеза, могут сомневаться в диагнозе и потенциально иметь меньшую приверженность к лечению.

Режим химиотерапии и лекарственная устойчивость возбудителя заболевания также могут влиять на приверженность пациента к лечению в силу различия переносимости лечения противотуберкулезными препаратами основного и резервного ряда и длительности самого курса лечения.

Сопутствующая патология, особенно такая, как алкоголизм или наркомания, также может оказывать негативное влияние на приверженность пациента к продолжению диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза и его лечению. Вместе с тем отдельные заболевания, сопровождающиеся выраженной клинической симптоматикой, напротив, могут способствовать приверженности пациента лечению, так как необходимо заключение ПТД о возможности пациента наблюдаться в медицинских организациях, оказывающих первичную и специализированную по нетуберкулезному заболеванию помощь.

При статистической обработке результатов исследования рассчитывали экстенсивные показатели, 95%-ные доверительные интервалы, отношение шансов. Статистическую значимость различий определяли с использованием двустороннего точного критерия Фишера. Рассчитывали медиану возраста, статистическую значимость различий возраста определяли с использованием теста Манна – Уитни.

### Результаты исследования

Оценка возможных предикторов отказа пациентов от диспансерного наблюдения после осво-

бождения из учреждений ФСИН представлена в таблице.

Среди прочих заболеваний у 2 пациентов были выявлены болезни системы кровообращения, у 1 – язвенная болезнь желудка и у 1 – эпилепсия.

В целом из 75 пациентов 46 на момент освобождения состояли под наблюдением в I и II ГДН, а 29 – в III ГДН (соотношение 1,6:1,0).

Во 2-й группе не было женщин, что согласуется с проверяемой гипотезой о более высокой приверженности женщин к лечению и диспансерному наблюдению.

Наиболее значимыми по группам нам представляются различия в частоте лиц БОМЖ и иностранных граждан, которые часто не были привержены к диспансерному наблюдению и лечению в ПТД. Для иностранных граждан это могло быть связано с риском их депортации. Все лица БОМЖ имели в качестве сопутствующей патологии алкоголизм; 1 из них в короткий период после освобождения умер, еще 1 – повторно был помещен в учреждения УИС. Граждане Российской Федерации были более склонны продолжать диспансерное наблюдение и лечение по поводу туберкулеза.

Несмотря на то что различия частоты клинических форм туберкулеза не преодолели 5%-ный уровень вероятности статистической ошибки первого рода, следует отметить (с 10%-ной вероятностью этой ошибки) преобладание во 2-й группе очагового туберкулеза и отсутствие клинических форм, дающих выраженную клиническую симптоматику, – диссеминированной, а также туберкулеза легких, сопровождающегося бактериовыделением. Таким образом, нельзя исключить, что выявление туберкулеза, не сопровождавшегося выраженной клинической симптоматикой, не способствует приверженности пациента к продолжению диспансерного наблюдения и сопутствующих его мероприятий – лечению туберкулеза и профилактика рецидива. По этим же причинам во 2-й группе преобладали пациенты, наблюдавшиеся на момент освобождения в III ГДН.

У пациентов 2-й группы реже имелась сопутствующая патология, сопровождающаяся клиническими симптомами, – вирусные гепатиты, болезни системы кровообращения, желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь) и нервной системы (эпилепсия). Возможно, что наличие сопутствующих заболеваний, дающих выраженную клиническую симптоматику, дополнительно «привязывает» пациентов к медицинской организации, осуществляющей диспансерное наблюдение по поводу туберкулеза, которая может оказывать помощь по поводу сопутствующей патологии.

Не подтвердились гипотезы о влиянии места выявления пациента (СИЗО или ИУ). Среди пациентов 2-й группы не было больных с рецидивом туберкулеза, этот результат противоречит поставленной первоначальной гипотезе о более низкой

**Таблица. Вероятные предикторы отказа пациентов от продолжения диспансерного наблюдения после их освобождения из учреждений ФСИН**

Table. Potential predictors for patients to refuse to continue medical follow-up after their release from the penitentiary system

Возможный предиктор	Значения возможного предиктора	Абсолютные значения; %; (95%-ный ДИ)		ОШ; <i>p</i>
		1-я группа	2-я группа	
Место выявления	СИЗО	25; 24,2 (14,4-35,6)	7; 53,9 (27,5-79,1)	0,6; 0,5
	ИУ	37; 59,7 (47,3-71,5)	6; 46,1 (20,9-72,5)	1,7; 0,5
Возраст, лет	Медиана	35	33,5	- ; > 0,05
Пол	Мужской	57; 91,9 (83,9-97,4)	13; 100,0	-
	Женский	5; 8,1 (2,7-16,1)	0	-
Место проживания	РФ	55; 88,7 (79,7-95,3)	4; 30,8 (9,7-57,4)	17,6; < 0,001
	БОМЖ	7; 11,3 (4,7-20,3)	6; 46,1 (20,9-72,5)	0,1; 0,007
	Иностранцы	0	3; 23,1 (5,2-48,8)	-
Регистрационная группа	Впервые выявленные	52; 83,9 (73,8-91,9)	13; 100,0	-
	Рецидив	10; 16,1 (8,1-26,2)	0	-
Режим химиотерапии	I, II, III	49; 79,0; 68,1-88,2	13; 100,0	
	IV	13; 21,0; 11,8-31,9	0	
Клиническая форма туберкулеза при выявлении	Очаговая	10; 16,1 (8,1-26,2)	5; 38,5 (15,0-65,3)	0,3; 0,1
	Инфильтративная	43; 69,4 (57,4-80,1)	8; 57,1 (31,4-80,9)	1,4; 0,7
	Диссеминированная	7; 11,3 (4,7-20,3)	0	-
	Внелегочное дыхание	2; 3,2 (0,3-9,0)	0	-
ГДН при освобождении	IA, IB, IIA	42; 67,7 (55,7-78,7)	4; 30,8 (9,7-57,4)	4,7; 0,03
	III	20; 32,3 (21,3-44,3)	9; 69,2 (42,6-90,3)	0,2; 0,03
Бактериовыделение (любым методом)	МБТ+	27; 43,6 (31,5-56,0)	1; 7,7 (0,0-27,6)	9,3; 0,02
	МБТ -	35; 56,5 (44,0-68,5)	12; 92,3 (72,4-99,9)	0,1; 0,02
Бактериовыделение (бактериоскопия)	НУМ+	16; 25,8 (15,8-37,3)	0	-
	НУМ -	46; 74,2 (62,7-84,2)	13; 100,0	-
Деструкция легочной ткани	есть	13; 21,0 (11,8-31,9)	1; 7,7 (0,0-27,6)	3,3; 0,4
	нет	47; 75,8 (64,5-85,6)	12; 92,3 (72,4-99,9)	0,3; 0,4
Сопутствующие заболевания	ВИЧ-инфекция	13; 21,0 (11,8-31,9)	2; 15,4 (1,7-39,0)	1,5; 0,7
	Гепатит В, С	26; 41,9 (30,0-54,3)	1; 7,7 (0,0-27,6)	8,7; 0,02
	Алкоголизм	21; 33,9 (33,8-46,0)	8; 57,1 (31,4-80,9)	0,3; 0,1
	Наркомания	8; 12,9 (5,8-22,3)	0	-
	Прочие	4; 6,5 (1,7-13,9)	0	-

Примечание: \* – доля рассчитана от числа пациентов с туберкулезом легких: для 1-й группы – 47, для 2-й группы – 13

приверженности к лечению таких пациентов. Аналогичным образом не подтвердилась гипотеза о влиянии режима химиотерапии на продолжение диспансерного наблюдения и лечения туберкулеза. Не исключено, что сопутствующий алкоголизм препятствует продолжению пациентом диспансерного наблюдения, однако, поскольку вероятность статистической ошибки первого рода составляла 10% и сам по себе алкоголизм был связан с категорией лиц БОМЖ, данная гипотеза не может считаться подтвержденной. Наличие сопутствующей наркомании как минимум не препятствовало продолжению пациентом диспансерного наблюдения по поводу туберкулеза, что противоречит нашей первоначальной гипотезе.

Соотношение числа освобожденных в I, II ГДН к числу освобожденных в III ГДН 1,6:1,0 позволяет предположить, что в 2018 г. из учреждений ФСИН

России освобонилось около 5 тыс. лиц, наблюдавшихся в III ГДН, существенная часть которых не продолжила наблюдение в ПТД и профилактику рецидива туберкулеза. Это может быть одним из факторов высокой доли случаев рецидива туберкулеза в учреждениях ФСИН [5].

### Заключение

Отказ от дальнейшего диспансерного наблюдения после освобождения из учреждений ФСИН России наиболее характерен для мужчин: впервые выявленных пациентов, иностранных граждан и лиц БОМЖ, а также лиц с ограниченными формами туберкулеза, не сопровождавшимися бактериовыделением, а также лиц, на момент освобождения состоявших под наблюдением в III ГДН. Не исключено, что наличие отдельных сопутствующих соматических

заболеваний и вирусных гепатитов способствует продолжению наблюдения пациентами в медицин-

ских организациях гражданского здравоохранения, в том числе по поводу туберкулеза.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

**Conflict of Interests.** The authors state that they have no conflict of interests.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М., Стерликов С. А. Результаты лечения больных туберкулезом легких // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 3. – С. 19-24.
2. Зотов П. Б. Суицидальное поведение заключенных следственного изолятора // Тюменский медицинский журнал. – № 2 (19). – С. 3-11.
3. Какорина Е. П., Михайлова Л. А., Михайлова Ю. В., Сон И. М., Скачкова Е. И., Борисов С. Е., Богородская Е. М., Шилова М. В., Пунга В. В., Кононец А. С., Сидорова С. В., Белиловский Е. М., Данилова И. Д., Якубовяк В., Коробицын А., ван Гемерт В. Туберкулез в Российской Федерации 2006 г. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2007. – 126 с.
4. Ларионова И. И., Чебагина Т. Ю., Стерликов С. А., Одинцов В. Е., Белиловский Е. М. Контроль над туберкулезом в уголовно-исполнительной системе. // Туб. в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире. – М., 2015. – С. 166-176.
5. Стерликов С. А., Белиловский Е. М., Пономарев С. Б., Постольник Г. А. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в учреждениях уголовно-исполнительной системы // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://healthproblem.ru/files/pdf/208-pdf.pdf> (дата обращения: 07.08.2019 г.).
6. Фау Е. А., Фау Г. А. Туберкулез как фактор «потрясения» // Сб. научных работ, посвященный 120-й годовщине открытия Робертом Кохом возбудителя туберкулеза. СПб., 2002. – С. 66-69.
7. Чебагина Т. Ю., Самарина Е. А., Стерликов С. А. Туберкулез у женщин, находящихся в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы Российской Федерации // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 2. – С. 48-52.

#### REFERENCES

1. Bogorodskaya E.M., Sterlikov S.A. Treatment outcomes of pulmonary tuberculosis patients. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii*, 2008, no. 3, pp. 19-24. (In Russ.)
2. Zotov P.B. Suicidal behavior of inmates of a pre-trial detention center. *Tyumenskiy Meditsinskiy Zhurnal*, no. 2 (19), pp. 3-11. (In Russ.)
3. Kakorina E.P., Mikhaylova L.A., Mikhaylova Yu.V., Son I.M., Skachkova E.I., Borisov S.E., Bogorodskaya E.M., Shilova M.V., Punga V.V., Kononets A.S., Sidorova S.V., Belilovsky E.M., Danilova I.D., Yakubowiak V., Korobitsyn A., van Gemert V. *Tuberkulez v Rossiyskoy Federatsii, 2006 g. Analiticheskiy obzor osnovnykh statisticheskikh pokazateley po tuberkulezu, ispolzuemykh v Rossiyskoy Federatsii*. [Tuberculosis in the Russian Federation, 2006. Analytic review of main tuberculosis statistic rates used in the Russian Federation]. Moscow, 2007, 126 p.
4. Larionova I.I., Chebagina T.Yu., Sterlikov S.A., Odintsov V.E., Belilovskiy E.M. *Kontrol nad tuberkulezom v ugolovno-ispolnitelnoy sisteme. Tuberkulez v Rossiyskoy Federatsii 2012, 2013, 2014 g. Analiticheskiy obzor statisticheskikh pokazateley, ispolzuemykh v Rossiyskoy Federatsii i v mire*. [TB control in the penitentiary system. Tuberculosis in the Russian Federation in 2012, 2013, 2014. Analytic review of statistic rates used in the Russian Federation and the world]. Moscow, 2015, pp. 166-176.
5. Sterlikov S.A., Belilovsky E.M., Ponomarev S.B., Postolnik G.A. Epidemic tuberculosis situation in the Russian penitentiary system. *Sovremennye Problemy Zdravookhraneniya i Meditsinskoy Statistiki*, 2018, no. 4. (In Russ.) Available: <https://healthproblem.ru/files/pdf/208-pdf.pdf> (Accessed: 07.08.2019).
6. Fau E.A., Fau G.A. *Tuberkulez kak faktor «potryaseniya»*. *Sb. nauchnykh rabot, posvyaschenny 120-y godovschine otkrytiya Robertom Kokhom vozбудitelya tuberkuleza*. [Tuberculosis as a “shock factor”. Coll. of articles dedicated to the 120th anniversary of the discovery of the tuberculosis mycobacteria by Robert Koch]. St. Petersburg, 2002, pp. 66-69.
7. Chebagina T.Yu., Samarina E.A., Sterlikov S.A. Tuberculosis in women staying in the penitentiary system of the Russian Federation. *Zdorovye Naseleniya i Sreda Obitaniya*, 2017, no. 2, pp. 48-52. (In Russ.)

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, 127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

**Лисовский Станислав Николаевич**

главный специалист.

E-mail: [Liss003@mail.ru](mailto:Liss003@mail.ru)

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9873-6347>

SPIN-код 5105-1329

**Стерликов Сергей Александрович**

доктор медицинских наук, заместитель руководителя Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации по программному мониторингу.

Тел./факс: +7 (925) 507-82-21, +7 (495) 618-22-10.

E-mail: [sterlikov@list.ru](mailto:sterlikov@list.ru)

#### INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, 11, Dobrolyubova St., Moscow, 127254.

**Stanislav N. Lisovskiy**

Chief Specialist.

Email: [Liss003@mail.ru](mailto:Liss003@mail.ru)

ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9873-6347>

SPIN-code 5105-1329

**Sergey A. Sterlikov**

Doctor of Medical Sciences, Deputy Head of Federal Monitoring Center for Prevention of Tuberculosis Transmission in the Russian Federation within Program Monitoring.

Phone/Fax: +7 (925) 507-82-21, +7 (495) 618-22-10.

Email: [sterlikov@list.ru](mailto:sterlikov@list.ru)

**Михайлова Юлия Васильевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
первый заместитель директора.  
Тел./факс: +7 (495) 618-32-68.  
E-mail: mikhaylova@mednet.ru

**Yulia V. Mikhaylova**

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
First Deputy Director.  
Phone/Fax: +7 (495) 618-32-68.  
Email: mikhaylova@mednet.ru

**Туркина Елена Николаевна**

ГБУЗ «Противотуберкулезный диспансер  
Калининградской области»,  
заведующая оргметодкабинетом.  
238010, г. Калининград, ул. Дубовая аллея, д. 5.  
Тел./факс: 8-4012-93-51-30.  
E-mail: pt-omk@optd39.ru

**Elena N. Turkina**

Kaliningrad Regional TB Dispensary,  
Head of Medical Statistics Unit.  
5, Dubovaya Ave.,  
Kaliningrad, 238010.  
Phone/Fax: +7 (4012)-93-51-30.  
Email: pt-omk@optd39.ru

Поступила 1.12.2019

Submitted as of 1.12.2019