

зом легких ( $72,3 \pm 4,9\%$ ). Второе место по частоте занимал очаговый туберкулез ( $14,5 \pm 3,9\%$ ). Необходимо отметить низкую частоту диссеминированного туберкулеза ( $8,4 \pm 3,0\%$ ). Также встречались такие клинические формы, как туберкулема ( $3,6 \pm 2,0\%$ ) и первичный туберкулезный комплекс ( $1,2 \pm 1,2\%$ ).

По распространенности туберкулезного процесса в легочной ткани преобладали ограниченные (один-два сегмента) и долевые поражения (соответственно  $67,5 \pm 5,1$  и  $21,7 \pm 4,5\%$ ); процессы, захватывающие более доли легкого, составили лишь  $10,8 \pm 3,4\%$  случаев. Нельзя не отметить относительно низкую частоту тотальных легочных поражений ( $4,8 \pm 2,3\%$ ). У каждого третьего больного туберкулезом из учащихся специфический процесс сопровождался распадом легочной ткани ( $39,8 \pm 5,4\%$ ) и бактериовыделением ( $30,1 \pm 5,0\%$ ).

Анализ путей выявления туберкулеза показал, что учащиеся средних образовательных и средних специальных учебных заведений чаще выявлялись при проверочных флюорографических осмотрах (соответственно  $66,6 \pm 15,7$  и  $73,6 \pm 6,1\%$ ), а студенты вузов – при обращении за медицинской помощью ( $66,6 \pm 10,3\%$ ).

Рассмотрение сроков проверочного флюорографического обследования, предшествующего выявлению заболевания, выявило, что только у  $22,2 \pm 13,9\%$  учащихся школ и у  $18,2 \pm 8,2\%$  учащихся средних специальных учебных заведений до 18 лет данный срок составил один год, а у  $77,8 \pm 13,9$  и  $81,8 \pm 8,2\%$  соответственно он составил более одного года. Учащиеся средних специальных учебных заведений и вузов старше 18 лет чаще соблюдали декретированные сроки проверочного флюорографического обследования (раз в два года). Так, у  $71,4 \pm 9,9$  и  $70,0 \pm 8,4\%$  студентов вузов и учащихся средних специальных учебных заведений старше 18 лет данный срок составил до двух лет.

Анализ характера бактериовыделения показал, что каждый четвертый ( $26,6 \pm 11,4\%$ ) больной из числа учащихся был массивным бактериовыделителем (положительный результат при люминесцентной микроскопии мокроты и посеве на питательные среды). У  $41,6 \pm 14,2\%$  бактериовыделителей определялись высокожизнеспособные микобактерии (рост до 30 дней и более 100 колоний).

Исследование лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у учащихся показало, что  $25,0 \pm 12,5\%$  больных выделяют микобактерии с монорезистентностью, а  $25,0 \pm 12,5\%$  – с множественной лекарственной устойчивостью.

**Выводы.** 1. Заболеванию туберкулезом среди учащейся молодежи одинаково подвержены как юноши, так и девушки.

2. Чаще заболевают учащиеся средних специальных и высших учебных заведений. Заболевание у учащихся представлено относительно благоприятной структурой клинических форм и характеристикой туберкулезного процесса. Однако у каждого третьего специфический процесс сопровождается распадом легочной ткани и бактериовыделением. Несвоевременное выявление в значительной мере связано со слабой работой по активному выявлению туберкулеза среди населения данной категории.

3. Высокая доля массивных бактериовыделителей свидетельствует о высоком риске инфицирования окружающих, особенно в учебных корпусах и общежитиях, где отмечается высокая плотность учащихся. Полученные результаты указывают на необходимость усиления работы по активному выявлению туберкулеза среди учащихся путем обязательного их привлечения к проверочному флюорографическому обследованию в декретированные сроки и учета его результатов. Необходима организация компьютерной полицевой флюорокартотеки для всех учащихся учебных заведений Красноярского края.

---

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТОТЕКА: ФОРМЫ, ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ ВНЕДРЕНИЯ

А. И. НАРКЕВИЧ, Н. М. КОРЕЦКАЯ, К. А. ВИНОГРАДОВ, А. А. НАРКЕВИЧ

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

---

**Цель исследования:** анализ форм компьютерной флюорографической картотеки, ее технологических возможностей, путей внедрения.

**Материалы и методы.** Для рассмотрения возможности разработки и внедрения компьютерной флюорографической картотеки в практическое здравоохранение, а также определения возможных проблем и путей их решения прове-

ден логический анализ форм организации флюорокартотеки, структуры сохраняющихся данных, возможностей картотеки и ее отличия от существующих систем.

**Результаты.** Для создания полноценной компьютерной флюорографической картотеки необходимо, как первый этап, заменить все пленочные флюорографы цифровыми.

Децентрализованная флюорокартотека (ДЦФК) проще для реализации благодаря тому, что нет необходимости синхронизировать работу всех противотуберкулезных учреждений и учреждений, проводящих флюорографические обследования, что существенно снижает финансовые затраты. Недостатком ДЦФК является отсутствие возможности получать и анализировать полную информацию, а также сотрудничать с органами ЗАГС, паспортными столами, пенитенциарными и другими государственными службами. Данный недостаток ликвидируется в случае создания Централизованной компьютерной флюорокартотеки (ЦКФК) в региональном противотуберкулезном учреждении или отдельной государственной службе. Более предпочтителен вариант отдельной государственной службы, так как в штате требуется значительное число сотрудников немедицинских специальностей, таких как статистики, программисты, системные администраторы и др. Такая форма организации позволит анализировать информацию и обмениваться данными с другими государственными службами. Доступ к ЦКФК должны иметь все врачи-фтизиатры и врачи смежных специальностей, такие как рентгенологи, эпидемиологи и терапевты. Данные ЦКФК должны быть организованы по территориально-участковому принципу в соответствии с организацией противотуберкулезной службы. Так, участковый фтизиатр получает доступ только к записям, относящимся к его участку, фтизиатры региональных противотуберкулезных учреждений – к курируемым районам, работники организационно-методического отдела региональных противотуберкулезных учреждений – ко всем записям. Каждая запись – это данные конкретного человека. Для осуществления возможности поиска и сортировки по различным критериям запись должна состоять из трех отдельных блоков: основная информация, рабочая информация и специальная информация. Блок основной информации содержит персональную информацию пациента. Блок рабочей информации содержит всевозможные данные о месте работы пациента. Блок специальной информации содержит данные о пациенте, на основе которых происходит организация работы по активному выявлению среди всех записей. Этот блок также содержит информацию о каждом флюорографическом, бактериологическом обследовании пациента, а также результатах туберкулинодиагностики (при ее прохождении). В каждом обследовании необходима реализация двойного чтения флюорограмм для снижения пропуска патологии.

Добавление и удаление записей должно осуществляться автоматически с помощью синхронизации с базами данных учреждений общей лечебной сети и противотуберкулезной службы, органов ЗАГС, паспортных столов и других государственных служб. Критериями для включения в ЦКФК должны являться переезд и регистрация по месту пребывания и месту жительства, освобождение из пенитенциарных учреждений, а критериями исключения – смерть, переезд в другой регион, заключение в пенитенциарные учреждения. Данные о гражданине и о проведенных исследованиях в ЦКФК изменяются и добавляются автоматически при обследовании на цифровых флюорографах.

При такой реализации ЦКФК получает следующие возможности:

1. Представлять всегда актуальную информацию.
2. Получать в автоматическом режиме информацию о лицах, нарушивших сроки флюорографического обследования.
3. Иметь данные для поиска лиц, нарушивших сроки флюорообследования, с целью их привлечения к нему.
4. Сохранять данные обо всех исследованиях, проводимых на протяжении жизни каждого человека.
5. Снижать долю просмотра патологии благодаря двойному чтению цифровых флюорографических снимков.
6. Иметь доступ к всевозможным отчетам и статистическим показателям, характеризующих эпидемическую обстановку и работу по активному выявлению туберкулеза среди населения, а также для дальнейших усовершенствований организационных мероприятий.

Одним из главных отличий от существующих систем, реализующих компьютерные флюорографические картотеки, является сохранение не только заключений флюорообследований, но и самих снимков, что позволит следить за рентгенологической динамикой и пропуском патологии.

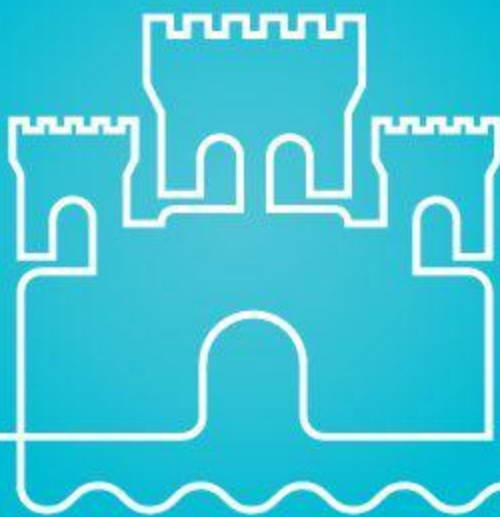
**Выводы.** 1. Необходимость создания ЦКФК не вызывает сомнения для активного выявления туберкулеза легких.

2. Создание ЦКФК даст возможность интеграции с базами данных других учреждений.

3. Будет получена возможность раздельного авторизованного доступа к картотеке с различными правами для сотрудников различных категорий.

4. ЦКФК должна обеспечивать хранение не только результатов флюорографических исследований, но и самих цифровых флюороснимков.

# РЕМАКСОЛ® ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ



## РЕМАКСОЛ®

ЗАЩИЩЕН ПАТЕНТОМ. ПРОИЗВОДИТСЯ ПО GMP

## КАЖДАЯ КЛЕТКА ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ

- Предотвращает развитие токсического гепатита
- Не влияет на эффективность препаратов основной терапии
- Позволяет провести курсовое лечение в установленные сроки
- Быстро нормализует показатели синдрома цитолиза, холестаза
- Улучшает самочувствие больных

[www.remaxol.ru](http://www.remaxol.ru)



РОССИЯ, 192102, Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,  
УЛ. САЛОВА, Д. 72, КОРП. 2, ЛИТ. А,  
ТЕЛ.: +7 (812) 710-82-25  
[WWW.POLYSAN.RU](http://WWW.POLYSAN.RU), [INFO@POLYSAN.RU](mailto:INFO@POLYSAN.RU)