

• среди работников органов внутренних дел при регулярных ПОЛМ уровень заболеваемости снизился с 39,3 в 3,6 раза и это несмотря на высокий риск заражения данного контингента в связи с необходимостью контакта с социально-неблагополучными слоями населения).

Наиболее высокая пораженность (заболеваемость и рецидивы) туберкулезом наблюдается в контингентах пенитенциарных учреждений, где даже при довольно резком снижении она отме-

чается на уровне 1 031 на 100 тыс. И именно здесь установлена самая высокая эффективность ПОЛМ, но лишь в случае, если в их организации принимает участие администрация учреждений ФСИН.

Заключение. В условиях стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу среди населения использование ПОЛМ приоритетно для выявления туберкулеза в группах риска и должно проводиться совместными усилиями всех служб системы здравоохранения.

ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВОГО ИНДИКАТОРА ПО ПОКАЗАТЕЛЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

КОЛОМИЕЦ В. М.¹, ЛАПТЕВ А. Н.², БОРОДИНА Г. Л.²

WAYS TO ACHIEVE THE TARGET RATE OF TUBERCULOSIS MORTALITY

KOLOMIETS V. M.¹, LAPTEVA A. N.², BORODINA G. L.²

¹ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Курск

²УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

¹Kursk State Medical University, Kursk, RF

²Belorussian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

В Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г. в соответствии с Указом Президента и распоряжениями Правительства Российской Федерации утверждены целевые индикаторы (показатели) выполнения мероприятий по оказанию специализированной медицинской помощи по туберкулезу. Одним из главных из них является «смертность от туберкулеза», который на уровне 11,8 на 100 тыс. населения запланировано достигнуть в 2020 г.

Для достижения этого индикатора предписано разработать региональные программы, при этом рекомендованные мероприятия постоянно изменяются и крайне неконкретны.

Цель: прогнозирование конкретных противоэпидемических мероприятий в регионе в зависимости от эпидемической ситуации, направленных на достижение запланированного уровня индикатора «смертность от туберкулеза» (ИСТБ).

Материалы и методы. За основу взяты материалы наблюдений по одному из регионов Центрального федерального округа, где за последние 5 лет отмечаются высокие показатели ИСТБ. Анализу подвергнуты основные показатели, характеризующие эпидемическую ситуацию, а также данные о клинической структуре контингента больных и эффективности их лечения. Для сравнения использованы материалы аналогичных исследований в Республике Беларусь, проведенные в порядке межвузовского сотрудничества вузов Союзного государства.

Результаты исследования. В регионе на втором этапе реализации Федеральной целевой программы достигнута постепенная стабилизация эпидемической ситуации, которая не носит устойчивого характера из-за роста распространения множественной лекарственной устойчивости возбудителя и ВИЧ-инфицированности населения. Однако при снижении заболеваемости с 68,3 до 43,7 ИСТБ с 18,9 стабилизировался лишь на уровне 11,2. Сравнительно в Республике Беларусь за данный период заболеваемость снизилась с 44,0 до 33,8 на 100 тыс. населения, а ИСТБ – с 8,2 до 4,7. Анализ показал, что основными факторами, влияющим на ИСТБ, являются уровни и динамика формирования контингентов фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТЛ).

Для снижения ИСТБ необходимо сокращение контингентов больных ФКТЛ путем своевременного выявления случаев заболевания туберкулеза и качественной терапии. Однако лечение уже сформированного ФКТЛ приоритетно должно быть потенцировано методами хирургического воздействия (МХЛ). С этой целью в Программе рекомендованы также отдельные индикаторы типа % оперированных ФКТЛ.

В регионе применение МХЛ при ФКТЛ – постоянно на уровне до 4%, что явно недостаточно для сокращения контингентов больных и, следовательно, снижается возможность достижения планируемого ИСТБ. Основными причинами отказа от операции являются распространенность процес-

са, наличие сопутствующих заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, и МЛУ возбудителя. Более чем в 12-15% случаев имеет место крайне низкая приверженность больного МХЛ в сочетании с неадекватной врачебной тактикой по ее повышению. Ставка и надежды на достижение клинического излечения путем использования интенсивной химиотерапии (в соответствии с постоянно меняющимися режимами и появлением перспективных противотуберкулезных препаратов) зачастую снижают приоритетную настроенность лечащего фтизиатра-терапевта на применение МХЛ, тем самым снижая приверженность больного.

В сложившейся ситуации целесообразно использовать опыт Республики Беларусь, где была разработана отдельная программа повышения хирургической активности лечения больных ФКТЛ. Она заключается в применении принципа прогностической диагностики и упреждающей лечебной тактики применительно ко всем впервые выявленным пациентам. Сущность данного принципа состоит в том, что после установления диагноза и назначения химиотерапевтического лечения фтизиатр фиксирует в истории болезни, какой конечный результат за шестимесячный срок планируется достичь у конкретного пациента в процессе комплексного лечения. Затем фтизиатр планирует, какие результаты должны быть достигнуты на промежуточных этапах. Через каждые полтора месяца в процессе контрольного обследования фтизиатр поэтапно отслеживает и сопоставляет достигнутый к конкретному сроку результат лечения и планируемый результат к этому же сроку. Если достигнутый результат на первом

этапе (через 1,5 мес.) соответствует планируемому, то продолжается химиотерапевтическое лечение. Если достигнутый результат хуже планируемого, то следует использовать принцип комплексности и применить дополнительно другой метод лечения – искусственный пневмоторакс или экстраплевральную торакопластику (при локальной верхнедолевой локализации) и после стабилизации процесса – операции резекционного или органосохранного типа (при распространенных и поликавернозных процессах).

За последние 3 года число пациентов, состоящих на учете с ФКТЛ в Республике Беларусь, уменьшилось на 16,8%. За это время хирургические вмешательства резекционного типа произведены у 7,2% пациентов с такими формами, операции органосохранного типа (интраплевральная кавернотомия) – в единичных случаях. Для широкого применения органосохраняющих операций существует трудноразрешимое препятствие, заключающееся в трудности окклюзии бронхов, дренирующих каверны. С использованием авторской методики ушивания дренирующих бронхов за 42 года оперировано 74 больных с полостными образованиями в легких, в том числе 48 – с ФКТЛ и 26 пациентов с хроническими абсцессами. Клиническое излечение достигнуто в 97,3% случаев.

Заключение. Основными направлениями в достижении уровня целевого индикатора по показателю смертности от туберкулеза следует считать предупреждение развития ФКТЛ и использование при его лечении принципа прогностической диагностики и упреждающей лечебной тактики.

ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ АКТИВНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ИЛИ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

КОЛПАКОВА Т. А., ПУШКАРЕВА Е. Ю.

SPECIFICS OF HEPATOTOXIC REACTIONS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH CONCURRENT ACTIVE CHRONIC VIRAL HEPATITIS OR PERSISTING VIRAL HEPATITIS

KOLPAKOVA T. A., PUSHKAREVA E. YU.

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Цель: изучить особенности гепатотоксических реакций на прием противотуберкулезных препаратов (ПТП) у больных туберкулезом легких с сопутствующим активным хроническим вирусным

гепатитом (ХВГ) и у пациентов с персистирующим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. Проведен анализ 93 историй болезни больных туберкулезом легких. Первую