

- ДДО – дифференциально-диагностическое отделение;
- ОТТЛ-1, специализированное для лечения впервые выявленных больных с сохраненной чувствительностью микобактерий туберкулеза (МБТ) к рифампицину методом GeneXpert (в том числе другими методами);
- ОТТЛ-3 специализируется на проведении повторных курсов химиотерапии больным различных категорий (рецидивы, лечение после прерывания химиотерапии, лечение после неэффективного курса химиотерапии) с сохраненной чувствительностью МБТ к рифампицину методом GeneXpert (в том числе другими методами);
- отделение МЛУ-1 для лечения впервые выявленных больных с устойчивостью к рифампицину методом GeneXpert (в том числе другими методами);
- отделение МЛУ-2 специализируется на проведении повторных курсов химиотерапии больным различных категорий с устойчивостью к рифампицину методом GeneXpert (в том числе другими методами). В отделении выделены 2 палаты для лечения пациентов с XDR;
- ОТТЛ-2 для лечения впервые выявленных пациентов без бактериовыделения до получения результатов культуральных методов исследования. В отделении выделен блок из 5 палат (16 коек), выполняющих функцию приемника-распределителя, в который госпитализируются все больные из приемного отделения, подлежащие тестированию, для проведения Теста GeneXpert на 12-24 ч.

3. Отбор в проект и распределение по отделениям корпуса № 1 осуществляется врачебной комиссией КУЗ «ВОКПТД» по результатам тестирования в течение 24-72 ч.

Основную группу составили 570 пациентов, отобранных в проект с 13.05.2013 по 15.11.2014 г.

по результатам теста GeneXpert и удовлетворяющих критериям отбора: совершеннолетие на момент госпитализации, отсутствие в анамнезе МЛУ МБТ или устойчивости МБТ к рифампицину, отсутствие ВИЧ-инфекции, психических заболеваний и не получавших на момент тестирования химиотерапии в течение 7 дней и более. Контрольную группу (1 020 случаев) составили пациенты Воронежской области, удовлетворяющие вышеперечисленным критериям проекта и госпитализированные в стационарные отделения корпуса № 1 КУЗ «ВОКПТД им. Н. С. Похвисневой» с 01.01.2009 по 31.12.2010 г. (до внедрения в КУЗ «ВОКПТД» систематизированного применения молекулярно-генетических методов экспресс-диагностики МБТ и МЛУ). По результатам тестирования GeneXpert у 39,8% (228) пациентов выявлена устойчивость МБТ к рифампицину, у 342 чувствительность МБТ к рифампицину сохранена. Устойчивость к рифампицину, выявленная GeneXpert, подтвердилась на плотных и жидких питательных средах в 96,7% случаев (по данным производителя – 96,7%). Чувствительность МБТ к рифампицину подтверждена на питательных средах в 99,5% (по данным производителя – 98,6%).

Оценка отдаленных результатов будет проведена через несколько лет в сравнении с контрольной группой по индикаторам проекта, основными из которых будут: сроки стационарного лечения (в том числе пациентов с МЛУ-ТБ), эффективность лечения, амплификация спектра лекарственной устойчивости МБТ, внутрибольничное инфицирование МБТ с МЛУ. Реализация проекта «АВРАЛ» в КУЗ «ВОКПТД им. Н. С. Похвисневой» продолжается. Конечной же целью станет создание стойкой функционирующей модели оказания качественной медицинской помощи больным с МЛУ-ТБ в регионе.

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

КРАВЧЕНКО А. Ф., ВИНОКУРОВ И. И.

ORGANIZATION OF SURGERY TREATMENT OF TUBERCULOSIS PATIENTS IN SAKHA REPUBLIC (YAKUTYA)

KRAYCHENKO A. F., VINOKUROV I. I.

ГБУ РС(Я) Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Актуальность проблемы состоит в том, что организация хирургической помощи больным туберкулезом в новом тысячелетии не определена в нормативно-правовых актах как в Министерстве здравоохранения России, так и в профессиональных

ассоциациях. Вместе с тем хирургические методы лечения продолжают оставаться одними из основных методов комплексного лечения туберкулеза. В связи с этим противотуберкулезные учреждения в различных регионах России организацию хирур-

гической помощи больным туберкулезом проводят по своему усмотрению.

Цель: совершенствование организации хирургической помощи больным туберкулезом путем разработки локальных нормативно-правовых актов и алгоритма маршрутизации больных на этапах хирургического лечения.

Материалы исследования. Нормативно-правовые акты по организации легочно-хирургических отделений противотуберкулезного диспансера, методические рекомендации, национальные клинические рекомендации по применению хирургических методов в лечении туберкулеза легких.

При выполнении работы руководствовались доктриной национального руководства по фтизиатрии: лечение больных туберкулезом должно быть комплексным, основными компонентами являются химиотерапия, хирургическое и патогенетическое лечение.

Медицинским советом НПЦ «Фтизиатрия» разработаны и утверждены временные этапы хирургических консультаций больных туберкулезом органов дыхания:

- Первая консультация хирурга проводится совместно с участковым фтизиатром для больных с впервые выявленным (1-3 мес.) туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.
- Повторная консультация хирурга проводится совместно с лечащим врачом после 90-120 доз химиотерапии (3-4 мес.).
- Следующая консультация хирурга проводится совместно с заведующими терапевтическими отделениями после 150-180 доз химиотерапии (5-6 мес.) для больных с осложненными формами туберкулеза (гнойное поражение плевры, бронхиальный свищ) и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Целью плановых консультаций является активное выявление больных, у которых имеются показания к хирургическому лечению. Акцент ставится на своевременное выявление пациентов с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, нуждающихся в хирургическом лечении. Хирурги

включаются в состав выездных врачебных бригад в районные противотуберкулезные диспансеры, а также предусмотрено участие хирургов в работе различных медицинских комиссий Центра (МСЭК, ВКК, ЦВКК).

По хирургическим консультациям больных туберкулезом ведется ежеквартальный мониторинг, ответственные за предоставление сведений – участковые и районные фтизиатры.

Разработаны и внедрены клинико-морфологические критерии направления на хирургическое лечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя при ограниченных и распространенных деструктивных формах туберкулеза органов дыхания с учетом полученных доз химиотерапии и динамики туберкулезного процесса.

Приказом по НПЦ «Фтизиатрия» все хирурги прикреплены к участковым и районным фтизиатрам, утверждены расписание консультаций и перечень необходимых документов пациентов для предоставления на консультацию хирургам. При предоставлении отчетности работа фтизиатрических участков и хирургов оценивается по охвату хирургическими консультациями всего активного контингента больных туберкулезом и долей оказанной хирургической помощи. Считаем важным, что результаты эффективности лечения больных с применением хирургических методов лечения учитываются как результат работы участкового фтизиатра, тем более что продолжение курса химиотерапии проводится у того же участкового фтизиатра.

Многолетние результаты разработанной и внедренной организации хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания в Республике Саха (Якутия) приведены в таблице.

Как видно из таблицы, существенно увеличился охват хирургической консультацией доли оперированных из числа больных, у которых имелись показания к хирургическому лечению. В соответствии с разработанной квалиметрической оценкой работы легочно-хирургических отделений А. Л. Кучеровым (1974) определена нуждаемость в хирургическом лечении больных туберкулезом по региону.

Таблица

Показатели организации хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания в Республике Саха (Якутия)

№	Показатели	2008 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1	Всего консультировано (% от числа всего контингента)	782 * (47,7%)	801 (49,0%)	834 (50,1%)	901* (59,7%)	821 (53,8%)
2	Показано хирургическое лечение (% от числа консультированных)	389 (49,7%)	379 (47,3%)	368 (44,1%)	422 (46,8%)	397 (48,3%)
3	Оперировано (% от числа показанных)	268* (68,8%)	308 (81,2%)	317* (86,1%)	332 (78,8%)	324 (81,6%)
4	Нуждаемость в хирургическом лечении	23,7 %	23,2 %	22,1 %	27,9%	26,0%

Примечание: $p < 0,05$.

Следующей оценкой организации хирургической помощи больным туберкулезом органов дыхания является определение доли оперированных взрослых больных из числа переведенных в III группу диспансерного учета. Считаем, что этот показатель наиболее полно и объективно отражает вклад хирургического оздоровления больных туберкулезом. Такого показателя в официальной статистике не существует.

Так, если в 2007 г. этот показатель составлял 15,7%, то в 2014 г. достиг 36,2%, т. е. увеличился более чем в 2 раза ($p < 0,05$). Разработка и внедрение данного показателя свидетельствуют о том, что

в 2014 г. более чем каждый третий больной излечен с применением хирургических методов лечения.

Таким образом, директивная организация с объективной оценкой оказания хирургической помощи в регионе существенно повышает хирургическую активность на территории субъекта РФ.

Опыт показывает, что для повышения хирургической активности противотуберкулезной службы необходима приверженность к хирургическому лечению непосредственно самих хирургов, а также руководства и фтизиатров на всех уровнях оказания противотуберкулезной помощи.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

КРАВЧЕНКО А. Ф., ШОНОЕВА Т. Ч.

LEGISLATIVE PROBLEMS FOR PREVENTION OF TUBERCULOSIS TRANSMISSION

KRAVCHENKO A. F., SHONOIEVA T. CH.

ГБУ РС(Я) Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Актуальность проблемы связана с принятием глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по снижению показателя заболеваемости туберкулезом к 2025 г. до 55 случаев и к 2035 г. – менее 10 случаев (на 100 тыс. населения). Меры, принимаемые Правительством РФ и медицинским сообществом, направлены на улучшение доступности и качества медицинской помощи. Вместе с тем без усиления законодательной базы по предупреждению распространения туберкулеза в России достижение индикаторных показателей ВОЗ представляется весьма проблематичным.

В стране нет действенных нормативных актов или механизмов реализации принятых федеральных законов по отношению к больным, которые уклоняются от обследования и лечения, прерывают лечение, самовольно уходят из стационара. Это является нарушением статьи 13 ФЗ-77 об «Обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом», а меры ответственности за это нарушение в федеральном законе не предусмотрено.

В соответствии с Федеральными законами «О полиции» от 07.02.2011 г. № 3-ФЗ, «О судебных приставах» от 21 июля 1997 г. № 118-ФЗ и Федерального закона от 02.10.2007 г. № 229-ФЗ «Об исполнительном производстве» органы МВД и судебные приставы отстранены от розыска и принудительного привода больных туберкулезом

в учреждения здравоохранения, в том числе во исполнение решений суда. Эти мероприятия теперь по решению прокуратуры возлагаются на самих же медицинских работников.

Целью предлагаемых изменений в федеральные законы является повышение меры ответственности больных, уклоняющихся от обследования и лечения, а также органов МВД, ответственных за поиск таких больных и привлечение их в специализированные медицинские организации.

Для повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий и предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации, с нашей точки зрения, необходимо внесение ряда дополнений в действующие статьи федеральных законов:

I. Внести изменения в Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в статью 10 об «Обязательном обследовании и лечении больных туберкулезом» целесообразно ввести пункт 5 следующего содержания:

«5. Больные заразными формами туберкулеза, заведомо поставившие других лиц в опасность заражения туберкулезом, а также заразившие других лиц туберкулезом, заведомо зная о наличии у него этой болезни и умышленно уклоняющиеся от лечения, на основании решений суда госпитализируются в лечебные исправительные учреждения».