

ной высокой сенсibilизации, а дети с гиперергическими реакциями имеют высокую вероятность развития локальных форм туберкулеза.

На фоне проводимой противотуберкулезной терапии у пациентов с локальными формами туберкулеза в большинстве случаев ($96,4 \pm 2,5\%$) отмечалось снижение чувствительности к ДСТ. В 1, 2 и 3-й группах в большинстве случаев (82, 77 и 68%) чувствительность к аллергену туберкулезному рекомбинантному оставалась без динамики. Наиболее часто снижение чувствительности к ДСТ отмечено у детей из здорового окружения ($31,7 \pm 3,04\%$), $p < 0,05$. Через 12 мес. наблюдения в группах сравнения уменьшилось число детей с сомнительными пробами в 5 раз ($10,5 \pm 2,1$ и $1,9 \pm 0,9\%$), $p < 0,05$ и с гиперергическими реакциями – в 2,5 раза ($22,0 \pm 2,9$ и $7,7 \pm 1,8\%$), $p < 0,05$. При этом увеличилось количество отрицательных и нормергических реакций ($p < 0,05$). Конверсию пробы ДСТ чаще наблюдали у детей с сомнительной (96%) и гиперергической (83%) чувствительностью к аллергену туберкулезному рекомбинантному. Наиболее часто переход пробы в отрицательную наблюдался у детей с сомнительной чувствительностью к ДСТ, и только у каждого пятого из положительной. Наиболее часто проба становилась отрицательной у детей из здорового окружения ($74,3 \pm 2,8\%$) и из контакта МБТ(-) ($70,9 \pm 5,7\%$). У детей из контакта МБТ(+)

и больных с локальными формами туберкулеза в большинстве случаев результат пробы с ДСТ остается положительным ($89,2 \pm 4,1$ и $73,4 \pm 3,1\%$), что свидетельствует о сохраняющейся сенсibilизации к активной туберкулезной инфекции. В каждой группе детей с ЛТИ отмечены единичные случаи нарастания чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному, что может свидетельствовать о наличии неустоенного контакта с МБТ(+) и требует более тщательного обследования окружения ребенка.

Заключение. Положительные реакции на аллерген туберкулезный рекомбинантный указывают на сенсibilизацию организма к активной туберкулезной инфекции. Гиперергическая чувствительность определяется у большинства детей с активным туберкулезным процессом, что у детей с ЛТИ встречается в 5 раз реже ($p < 0,05$), т. е. гиперергические реакции на пробы с ДСТ указывают на очень высокую вероятность наличия локальных изменений. Проведение противотуберкулезной терапии в большинстве случаев приводит к снижению чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному. Положительная чувствительность имеет тенденцию к снижению, но в условиях экзогенной суперинфекции возможно нарастание чувствительности, что требует и удлинения срока наблюдения, и повторного обследования этих детей.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТАХ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ЭЙСМОНТ Н. В.¹, САЛАХУТДИНОВА И. А.²

ORGANIZATION OF TUBERCULOSIS CARE IN PSYCHONEUROLOGIC BOARDING-SCHOOLS OF SVERDLOVSK REGIONS

EYSMONT N. V.¹, SALAKHUTDINOVA I. A.²

¹ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

²Министерство социальной политики Свердловской области, г. Екатеринбург

¹Sverdlovsky Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Yekaterinburg, RF

²Ministry of Social Policy of Sverdlovsk Region, Yekaterinburg, RF

Одной из групп риска по туберкулезу традиционно являются психически больные, особенно клиенты психоневрологических интернатов (ПНИ). Развитию туберкулеза у данного контингента способствует длительное пребывание в закрытых учреждениях, где условия содержания клиентов не всегда соответствуют нормативам.

Цель: оценить организацию оказания противотуберкулезной помощи клиентам ПНИ в Свердловской области.

Материалы и методы. В 2014 г. были посещены все 13 ПНИ для взрослых в Свердловской области, в которых проживает 4 068 клиентов. Материально-техническая база, питание, медицинское и социальное обслуживание клиентов ПНИ удовлетворительное и примерно одинаковое. В области выделены 2 наиболее крупных ПНИ в качестве «базовых», где сосредоточены клиенты с клинически излеченным туберкулезом и с посттуберкулезными изменениями. Проведен анализ заболеваемости ту-

беркулезом клиентов ПНИ, дана оценка организации оказания клиентам указанных учреждений противотуберкулезной помощи в 2012-2014 гг. Статистическую значимость различий между сравниваемыми группами оценивали по отношению шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ) и полагали значимой при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В трех ПНИ, включая один «базовый», в 2012-2014 гг. ежегодно регистрировали единичные (1-3) случаи активного туберкулеза органов дыхания, в том числе в указанном «базовом» ПНИ – чаще рецидивы туберкулеза. В 9 ПНИ – спорадические единичные случаи активного туберкулеза за этот же период. В двух ПНИ на протяжении последних пяти лет случаи активного туберкулеза не регистрировались. В 2012 г. показатель заболеваемости туберкулезом клиентов ПНИ (196,7 на 100 тыс. клиентов) незначительно превышал показатель заболеваемости туберкулезом населения области (100,2 на 100 тыс. населения) (ОШ 0,51, 95% ДИ 0,25-1,10, $p = 0,0725575$). То же касалось показателей заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением: 24,6 на 100 тыс. клиентов и 37,0 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,66, 95% ДИ 0,03-4,32, $p = 1,0$) и деструктивным туберкулезом легких: 73,8 на 100 тыс. клиентов и 30,6 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,41, 95% ДИ 0,13-1,60, $p = 0,1298192$). В 2013 г. общий показатель заболеваемости туберкулезом клиентов ПНИ (196,7 на 100 тыс. клиентов) также незначительно превысил аналогичный показатель для населения области (94,7 на 100 тыс. населения) (ОШ 0,48, 95% ДИ 0,23-1,04, $p = 0,0638489$) и показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением: 49,2 на 100 тыс. клиентов и 34,8 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,71, 95% ДИ 0,18-4,09, $p = 0,6561110$). Деструктивным туберкулезом легких в ПНИ в 2013 г. клиенты не заболевали. В 2014 г.* тоже разница между показателями для клиентов ПНИ и населения области практически не определилась: общий показатель заболеваемости туберкулезом – 171,5 на 100 тыс. клиентов и 92,4 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,54, 95% ДИ 0,25-1,23, $p = 0,1102339$), заболеваемости туберкулезом с бактериовыделением – 24,5 на 100 тыс. клиентов и 19,9 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,81, 95% ДИ 0,12-15,50, $p = 0,5547976$) и деструктивным туберкулезом легких – 49,2 на 100 тыс. клиентов и 34,5 на 100 тыс. населения (ОШ 0,70, ДИ 0,17-4,05, $p = 0,4092448$). Однако показатель рецидивов туберкулеза в ПНИ (73,8 на 100 тыс. клиентов) в 2012 г. превышал аналогичный показатель для области (14,7 на 100 тыс. населения) в 5,0 раз (ОШ 0,20, 95% ДИ 0,06-0,78, $p = 0,0232885$), в 2013 г. в 8,4 раза – 122,5 на 100 тыс. клиентов и 14,6 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,12, 95% ДИ 0,05-0,32, $p = 0,0003739$),

в 2014 г. в 11,0 раз – 172,1 на 100 тыс. клиентов и 15,8 на 100 тыс. населения области (ОШ 0,09, 95% ДИ 0,04-0,21, $p = 0,0000050$). Заносу и распространению туберкулезной инфекции в ПНИ способствовали недостатки при проведении противотуберкулезных профилактических и противоэпидемических мероприятий. Недостатки при проведении профилактических мероприятий: не во всех ПНИ нетранспортабельным и лицам с посттуберкулезными изменениями в органах дыхания проводилось исследование мокроты на микобактерии туберкулеза; для флюорографического обследования клиентов и сотрудников не всегда использовались передвижные флюорографические установки, проведение его на стационарных флюорографах больниц сильно увеличивало сроки такого обследования; не во всех ПНИ проводилось внеплановое флюорографическое обследование на туберкулез клиентов, вновь поступивших в учреждение; иногда не осуществлялись плановые выходы фтизиатра в ПНИ; имелась неукомплектованность некоторых ПНИ фельдшерами и врачами-психиатрами; при работе дезкамеры учреждения иногда пересекались потоки чистого и грязного белья; изоляторы в большинстве интернатов не были оборудованы душем или ванной; не всегда клиентам, перенесшим туберкулез, проводились регулярные курсы противорецидивного лечения туберкулеза, не во всех ПНИ клиентам проводилась ежедневная термометрия; не всегда в ПНИ имелся приказ руководителя и им утвержденный план по предупреждению заноса и распространения в учреждении туберкулеза. Недостатки при проведении противоэпидемических мероприятий по туберкулезу: противоэпидемические мероприятия по туберкулезу проводились в ПНИ неоперативно, растягивались по времени до 2,5 мес. вместо положенных 14 дней; заключительная дезинфекция по туберкулезу проводилась своими силами, с нарушениями существующих требований: по прошествии нескольких дней после изоляции больных туберкулезом вместо положенных 24 ч, к проведению заключительной дезинфекции по туберкулезу не привлекались учреждения, имеющие лицензию по дезинфектологии; заболевшие туберкулезом иногда задерживались на несколько дней в отделении без перевода в изолятор при выявленном у них подозрении на активный туберкулез легких; в большинстве случаев сотрудникам ПНИ показанная химиопрофилактика туберкулеза не проводилась, а если и проводилась, то не контролировалась; иногда срок начала проведения химиопрофилактики туберкулеза смещался на 1-2 мес., повторно курс химиопрофилактики туберкулеза по случаю нового выявления активного туберкулеза не назначался; иногда контактным клиентам, перенесшим в прошлом туберкулез, из числа контактных не проводились биопробы; не всегда предоставлялась справка от фтизиатра клиентам и сотрудникам с гиперергической реакцией на про-

* – в 2014 г. данные по показателям в области предварительные.

бу Манту или с сомнительной и положительной реакцией на пробу с диаскинтестом; в большинстве случаев совместных выходов эпидемиолога и фтизиатра в учреждения по случаям выявления активного туберкулеза не было; ни эпидемиологом, ни фтизиатром в большинстве случаев не проводился контроль организации проведения в ПНИ противоэпидемических мероприятий по случаю выявления там случаев активного туберкулеза; некоторыми курирующими ПНИ противотуберкулезными диспансерами не выделялось своевременно необходимое количество противотуберкулезных препаратов для проведения химиопрофилактики туберкулеза у контактных; иногда туберкулинодиагностика проводилась контактным в ПНИ только спустя месяц после выявления случаев активного туберкулеза или не проводилась вообще; камерная дезинфекция при туберкулезе выполнялась в некоторых ПНИ не по 30 мин, как положено, а сокращалась по времени; не всем контактным проводилось исследование мокроты на КУМ методом микроскопии; в большинстве случаев немотивированно сужались границы очага и круг контактных лиц по туберкулезу; не во всех помещениях ПНИ, входящих в очаг туберкулеза, проводилась заключительная влажная дезинфекция.

Заключение. В ПНИ в 2012-2014 гг. регистрировались случаи выявления активного туберкулеза, возникновению которых способствовал ряд условий. А именно: недостаточная настороженность сотрудников ПНИ в отношении возросшей в последние годы возможности заноса и распространения в учреждениях такого профиля туберкулезной инфекции; недостаточность умений медперсонала в вопросах организации и проведения профилактических и противоэпидемических противотуберкулезных мероприятий, в частности, таких как своевременность изоляции больных с подозрением на туберкулез, сроки начала и продолжительность мероприятий и др. Границы очага и круг контактных по туберкулезу лиц немотивированно сужались. Флюорографическое обследование контактных затягивалось. Химиопрофилактику туберкулеза и туберкулинодиагностику (диаскинтест) у контактных клиентов начинали несвоевременно, сотрудникам химиопрофилактика туберкулеза не проводилась. Необходимо указать также на имевшие место недостатки в проведении заключительной дезинфекции при туберкулезе, несвоевременное начало проведения противотуберкулезных противоэпидемических мероприятий, осуществление их в неполном объеме и с нарушением существующих требований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ЭЙСМОНТ Н. В., ПОПКОВА Г. Г.

TUBERCULOSIS TREATMENT OUTCOMES IN HIV INFECTED CHILDREN IN SVERDLOVSK REGION

EYSMONT N. V. POPKOVA G. G.

ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург

Sverdlovsky Regional Anti-tuberculosis Dispensary, Yekaterinburg, RF

Цель: оценить результаты лечения туберкулеза у детей с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В исследование включены 48 детей в возрасте от 1 года до 13 лет с ВИЧ-инфекцией, болевшие туберкулезом, в Свердловской области с 2004 по 2014 г. Дети разделены на группы по возрастам: от 0 до 3 лет (23 человека), от 4 до 7 лет (19 человек) и от 8 до 13 лет (6 человек). Оценивали тактику ведения пациентов в каждой из указанных возрастных групп и сравнивали результаты их лечения. Статистическую значимость различий между сравниваемыми группами оценивали по отношению шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом (ДИ) и полагали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Основные характеристики изученных групп не отличались между собой: половой состав, отсутствие у ребенка БЦЖ в роддоме, результаты тестирования туберкулином и диаскинтестом, частота активного туберкулеза. У большинства детей имелся тубконтакт в анамнезе, в том числе в очаге смерти, в очаге с бактериовыделителем, включая бактериовыделителя с МЛУ МБТ. Общее состояние ребенка при госпитализации, стадии ВИЧ-инфекции при выявлении туберкулеза, частота наличия вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции и сопутствующей ей и туберкулезу патологии, доля детей, получавших ВАРТ при лечении туберкулеза, частота