

беркулезом с распадом должна быть не менее 95% и без распада – 85%, с инфильтративным туберкулезом с распадом – 92% и без распада – 76%, с очаговым туберкулезом – 43%. Данные индикаторы должны быть достигнуты с использованием класси-

ческих бактериологических методов исследований и, очевидно, могут быть пересмотрены по факту использования дополнительных современных и более чувствительных методов диагностики, в том числе молекулярно-генетических.

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НАЛИЧИЕМ КОИНФЕКЦИИ (ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ)

ПОЛЯКОВ А. А.¹, КОРНИЛОВА З. Х.², ДЕМИХОВА О. В.², ОПРИЩЕНКО С. А.¹

SOCIAL CHARACTERISTICS OF THE PATIENTS WITH TB/HIV CO-INFECTION

POLYAKOV A. A.¹, KORNILOVA Z. KH.², DEMIKHOVA O. V.², OPRISCHENKO S. A.¹

¹ГКУЗ «Туберкулезная больница № 11» Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва

²ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва

¹Tuberculosis Hospital no. 11, Moscow Health Department, Moscow, RF

²Central Tuberculosis Research Institute, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, RF

Цель: изучить особенности социального статуса пациентов с впервые выявленным туберкулезом на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (ВИЧ) в условиях специализированного стационара.

Материалы и методы. В течение 2010-2014 гг. на базе туберкулезной больницы № 11 обследован 101 пациент с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в сочетании с ВИЧ. Проведены сбор анамнеза заболевания, анализ полового и возрастного состава. Оценивали такие показатели, как место жительства, условия проживания, бытовые контакты, наличие семьи и детей, наличие и вид образования, профессиональная деятельность, наличие судимости и длительность пребывания в местах лишения свободы. Также анализировали длительность пребывания на койке и выписку из стационара по социальным причинам.

Результаты. Средний возраст пациентов в исследуемых группах составил $34,4 \pm 0,6$ года, с индивидуальными колебаниями от 24 до 57 лет. Изучение полового состава показало достоверно большее преобладание мужчин – 76 (75,2%) – в отличие от женщин (24,8%) ($p \leq 0,05$). Средняя длительность пребывания в стационаре составила $125,0 \pm 5,5$ койко/дня. Анализ пациентов по месту их жительства показал преобладание жителей г. Москвы – 38 (37,6%) и регионов РФ – 25 (24,8%). Исследованы условия проживания пациентов до момента госпитализации в специализированный стационар. Установлено, что в подавляющем большинстве больные достоверно чаще проживали в отдельной квартире – 77 (76,2%), реже в общежитии – 22 (21,8%) ($p \leq 0,003$). Проанализированы бытовые контакты пациентов исследуемых групп непосредственно перед госпитализацией в специализиро-

ванный стационар. Установлено, что подавляющее большинство больных не имели семьи, проживали на одной жилой площади со своими родственниками (50; 49,5%) или одни (35; 34,7%). У 25 (24,8%) пациентов имелись дети, однако достоверно чаще исследуемые больные детей не имели (76; 75,2%) ($p \leq 0,005$). Большинство пациентов имели образование (99; 98%). Чаще всего отмечали получение среднего (38; 38,4%) и среднего специального (35; 35,4%) образования, реже регистрировали незаконченное высшее (3; 3%) и высшее (7; 7,1%) образование. Несмотря на наличие образования, достоверно чаще исследуемые пациенты не имели работы (88; 87,1%) в отличие от больных, имеющих постоянную работу (13; 12,9%) ($p \leq 0,0001$). Также обращали внимание на наличие судимостей в прошлом. Установлено, что у большинства пациентов не имелось судимостей (64; 63,4%). Однако те больные, которые имели судимость в прошлом (37; 36,6%), достоверно чаще отбывали наказание в местах лишения свободы (32; 86,5%) в отличие от пациентов, имеющих условную судимость (5; 13,5%) ($p \leq 0,003$). Средняя длительность пребывания в тюремном заключении составила $3,7 \pm 1,1$ года.

Несмотря на социальную отягощенность, все исследуемые пациенты принимали противотуберкулезную и антиретровирусную терапию в условиях специализированной клиники, соблюдая все требования больничного режима. Однако в 15 (14,9%) случаях больных пришлось выписать из стационара в силу различных причин социального характера: нарушение больничного режима – 9 (8,9%), употребление спиртных напитков – 2 (2%), употребление психоактивных веществ – 2 (2%), арест правоохранительными органами – 2 (2%).

Выводы.

1. Больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ необходимо относить к категории социально дезадаптированных лиц.

2. Среди пациентов с коинфекцией (ТБ/ВИЧ) преобладают лица мужского пола, возрастной группы 31-40 лет, жители г. Москвы, проживающие в отдельной квартире с родственниками, не имеющие семьи и детей, с наличием среднего и среднего специального образования, не имеющие работы.

3. У 36,6% пациентов с коинфекцией в прошлом имелась судимость с отбыванием наказания в местах лишения свободы в течение $3,7 \pm 1,1$ года.

4. Пациенты с сочетанием ТБ/ВИЧ пребывали на лечении в условиях специализированной клиники в течение $125,0 \pm 5,5$ койко/дня. При этом большинство больных соблюдали больничный режим и дисциплинированно принимали курс противотуберкулезной и антиретровирусной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЧИСТОТЕ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ В БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ПУЗАНОВ В. А.¹, ПОПОВ С. А.², СЕВАСТЬЯНОВА Э. В.¹, АКИМКИН В. Г.³

CURRENT REQUIREMENTS TO THE AIR PURITY IN BACTERIOLOGICAL LABORATORIES IN TB MEDICAL UNITS

PUZANOV V. A.¹, POPOV S. A.², SEVASTYANOVA E. V.¹, AKIMKIN V. G.³

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, г. Москва

³ФБУН «НИИ дезинфектологии» Роспотребнадзора, г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, RF

³Research Institute of Disinfection by Rospotrebnadzor, Moscow, RF

Цель: оценка адекватности инженерных систем для обеспечения санитарно-эпидемиологического режима, а также снижения рисков кросс-контаминации диагностических материалов в баклабораториях (БЛ) фтизиатрического профиля.

Материалы и методы. Анализ эпидемиологических данных, методы технической оценки и валидации лабораторного оборудования и систем обеспечения чистоты воздушной среды, лабораторные методы выявления возбудителя в окружающей среде.

Результаты. Эффективность комплекса мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического режима в БЛ в значительной степени обеспечивается административными (А) и инженерными (И) мерами. Если А-меры контроля могут быть реализованы сравнительно простыми средствами и малозатратны, то И-меры, включающие: а) установку и ежегодное профилактическое сервисное обслуживание приточно-вытяжной вентиляции (ПВВ), б) закупку, установку и ежегодную поверку БББ II класса и вытяжных шкафов, в) использование оборудования и инновационных технологий инактивации микроорганизмов с эффективностью около 99% с последующей фильтрацией воздуха, а также оборудования импульсного УФ-излучения и аэрозольной, требуют несоизмеримо больших средств.

Несмотря на то что показатель профессиональной заболеваемости (ПЗ) сотрудников ПТУ в РФ за последние 10 лет имеет тенденцию к последовательному снижению (с 464,5 в 2004 г. до 113,0 на 100 тыс. населения в 2013 г.), проблема профилактики нозокомиального туберкулеза (ТБ) в ряде регионов остается исключительно актуальной, так как заболеваемость ТБ в этой группе достигает в некоторых из регионов 557,1 на 100 тыс. контактирующих. В то же время однозначная оценка относительно удовлетворительной тенденции, рассматриваемой не только по факту предотвращения случаев ПЗ, но и перекрестной контаминации образцов диагностических материалов при внедрении современных высокочувствительных методов лабораторных исследований, не является вполне окончательной. Индикатором проблемы является факт, что результаты оценки качества ФСВОК устойчиво регистрируют ложноположительные результаты выявления маркеров ДНК возбудителя в образцах, не содержащих таковых. Актуальность проблемы возрастает в случаях проведения всего необходимого комплекса лабораторных исследований на рабочих площадях лаборатории при формальном делении рабочих зон на условно «чистые» и «грязные», а также при неполной изоляции помещений лаборатории