

лез наблюдался у 55,0% больных, очаговый – 20,5%, туберкулемы – 16,3%. Не замечено случаев реактивации туберкулеза после излечения диссеминированного туберкулеза.

Заключение. Основными причинами, способствующими возникновению рецидива туберкулеза, явились: социальные факторы, неполноценный

основной курс лечения, сопутствующие заболевания.

Высокая частота рецидивов у больных с исходно очаговым туберкулезом, туберкулемами диктует необходимость обратить внимание на эффективность и сроки лечения больных с малыми формами туберкулеза органов дыхания.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ДАМИНОВ Э. А.¹, МИНГАЗОВА Г. Ш.¹, ЯГАФАРОВА Р. К.²

ORGANIZATION OF TUBERCULOSIS PATIENTS' TREATMENT OF THE OUT-PATIENT BASIS

DAMINOV E. A.¹, MINGAZOVA G. SH.¹, YAGAFAROVA R. K.²

¹ТБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Уфа

²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

¹Republican Clinical TB Dispensary, Ufa, RF

²Bashkirsky State Medical University, Ufa, RF

Основные задачи участкового фтизиатра связаны с достижением клинического излечения впервые выявленных больных, больных с рецидивом и обострениями туберкулезного процесса, а также с прекращением бактериовыделения у больных хронически активным туберкулезом; предупреждением реактивации процесса после хирургического лечения; проведением профилактики среди лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом (IV группа диспансерного учета), достижением профессиональной и социальной реабилитации больных туберкулезом.

После стационарного этапа лечения больных туберкулезом проводится в амбулаторных условиях. Проведение лечения на амбулаторном этапе – одна из сложных и актуальных проблем фтизиатрии. Сроки амбулаторного лечения больных активным туберкулезом соответствуют стандартам химиотерапии по приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109, федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания от 2014 г. Длительность противорецидивных курсов лечения, которые проводятся лицам III группы диспансерного учета, и химиопрофилактики лицам IV группы диспансерного учета должна быть не менее 2-3 мес., индивидуально, по показаниям. Лечение может проводиться в ежедневном режиме или интермиттирующим методом 2-3 раза в неделю.

Важными условиями амбулаторного лечения являются его непрерывность и обязательный контроль за приемом препаратов. Контроль осуществляется различными путями: приема в процедурном каби-

нете в присутствии медицинской сестры; подсчета препаратов при посещении больного на дому.

В процедурном кабинете больной ежедневно принимает суточную дозу препаратов. Медицинская сестра фиксирует прием препаратов в процедурном листе, который по окончании курса лечения передает в кабинет участкового фтизиатра; на его основании участковая медицинская сестра заполняет форму № 01-ТБ/У (приказ МЗ РФ от 13 февраля 2004 г. № 50), а посещение больного фиксирует в контрольной карте № 30/У.

Если больному определена трудоспособность, он приступил к работе, то антибактериальные препараты ему выдаются каждые 10 дней для продолжения лечения на амбулаторном этапе. В этом случае контроль приема препаратов осуществляется в присутствии обученных для этого членов семьи, а также медицинской сестрой, посещающей больного на дому, подсчетом количества оставшихся препаратов.

В период приема препаратов в амбулаторных условиях проводятся регулярные обследования больных – клинко-рентгенологические, лабораторные. Посещения больных, результаты обследования, назначенное лечение (наименование и количество препаратов, их дозы, режим приема препаратов) фиксируются в медицинской карте 081/У.

В процессе лечения и диспансерного наблюдения участковым фтизиатром решаются многие медицинские и социальные вопросы, касающиеся каждого больного: место лечения, режимы химиотерапии, необходимость хирургических вмешательств; необходимость и продолжительность боль-

ничного листа нетрудоспособности, направление на МСЭК; трудоустройство больного, улучшение жилищно-бытовых условий; воспитание и обучение санитарным навыкам.

Результаты. В 2013 г. лечение в амбулаторных условиях проведено 158 впервые выявленным больным и с рецидивом туберкулеза. Из них 11 (6,9%) больных получили полный курс лечения только в амбулаторных условиях – это впервые выявленные больные с малыми формами туберкулеза, без бактериовыделения. Остальные больные продолжали лечение на амбулаторном этапе после стационара. По окончании курса амбулаторного лечения полость распада закрылась у 64,5% (31 человек), прекратилось бактериовыделение у 85,2% (125 человек); достигнуто клиническое излечение у 44,3% (59) больных туберкулезом органов дыхания. В исследование не вошли 23 больных, выбывших из района обследования и умерших от других причин.

Из 123 больных хроническим туберкулезом легких 33,0% (40 человек), у которых наступило обострение туберкулезного процесса, получили лечение и в стационарных, и в амбулаторных условиях. С целью предупреждения обострений 66,7% (80 человек) больным лечение проводилось только в амбулаторных условиях. В результате проведенного лечения достигнуто клиническое улучшение и прекращение бактериовыделения у 60,8% (73 человека).

Противорецидивные курсы лечения проведены 72,0% (320 человек) больных, состоящим на диспансерном учете по III группе, с большими остаточными туберкулезными изменениями; при наличии отягощающих факторов противорецидивное

лечение проводили и лицам с малыми остаточными изменениями. При этом лечение назначали двумя антибактериальными препаратами сроком 2 мес., весной и осенью. Лицам пожилого возраста суточные дозы снижались.

Химиопрофилактика проведена 72,5% (380 человек) пациентов, находящимся в контакте с больными туберкулезом. Сроки химиопрофилактики – 2 мес., весной и осенью, двумя антибактериальными препаратами. Заболеваемость туберкулезом среди контактных лиц составила в 2014 г. 0,15% от среднегодовой численности контактов (1 человек).

Пробное противотуберкулезное лечение в амбулаторных условиях получили 38 человек, состоящих в 0А группе диспансерного учета. В результате проведенного лечения переведены в I группу диспансерного учета 10 (33,3%) человек, сняты с диспансерного учета и переданы под наблюдение специалистов общей медицинской сети 12 (40,0%) человек ввиду неподтверждения активности туберкулезного процесса и наличия у них остаточных туберкулезных изменений. Продолжают пробное лечение 8 (26,7%) человек.

Заключение. Амбулаторное лечение – один из важных и сложных этапов, так как требует большой настойчивости и терпеливости со стороны медицинских работников, постоянного контроля за приемом препаратов для завершения полного курса и достижения высокой эффективности лечения, для предупреждения обострений и рецидивов туберкулеза, возникновения новых случаев туберкулеза среди лиц, состоящих на диспансерном учете в группах высокого риска по заболеванию туберкулезом (IV группа).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИМПОРТОЗАМЕЩАЮЩИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ НАБОРОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *M. TUBERCULOSIS* В РАМКАХ МЕЖДУНАРОДНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ВОЗ

ДОМОТЕНКО Л. В., МОРОЗОВА Т. П., ХРАМОВ М. В., ШЕПЕЛИН А. П.

USE OF THE RUSSIAN IMPORT SUBSTITUTING DIAGNOSTIC KITS FOR DRUG SUSCEPTIBILITY TESTING OF *M. TUBERCULOSIS* WITHIN WHO INTERNATIONAL TESTING

DOMOTENKO L. V., MOROZOVA T. P., KHRAMOV M. V., SHEPELIN A. P.

ФБУН «ГНЦ прикладной микробиологии и биотехнологии» Роспотребнадзора, г. Оболensk

State Research Center for Applied Microbiology & Biotechnology, Obolensk, RF

В Центре разработаны и зарегистрированы три диагностических набора: ТБ тест-набор, ХDR-тест и PZA-тест, налажен их промышленный выпуск. Действие этих препаратов основано на регистрации нитратредуктазной активности *M. tuberculosis*, что

позволяет почти втрое сокращать время проведения анализа по сравнению с традиционным культуральным методом.

ТБ тест-набор (рег. № ФСР 2007/01366) предназначен для ускоренного определения чувстви-