



ОБНАРУЖЕНИЕ ОЧАГОВ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ

Голованова М. Н.¹, Беликова Е. В.¹, Челнокова О. Г.¹, Ефремов И. А.¹, Романова Ж. В.², Аверьянова Н. Г.²

¹ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ярославль, РФ

²ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая туберкулезная больница», г. Ярославль, РФ

SPECIAL SOFTWARE FOR DETECTION OF NIDI WITH UNFAVORABLE TB SITUATION AND HIGH RISK FOR CHILDREN TO BE INFECTED WITH TUBERCULOSIS IN THE REGION

Golovanova M. N.¹, Belikova E. V.¹, Chelnokova O. G.¹, Efremov I. A.¹, Romanova Zh. V.², Averianova N. G.²

¹Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

²Yaroslavl Regional Clinical Tuberculosis Hospital, Yaroslavl, Russia

Цель исследования: выявить очаги неблагополучия по туберкулезу с высоким риском заболевания детей на территории с помощью авторской компьютерной программы.

Материалы и методы: в базу данных компьютерной «Программы учета и мониторинга очагов туберкулеза на территории» (свидетельство о государственной регистрации программы 2016618813 от 08.08.2016 г. Роспатент. И. А. Ефремов, О. Г. Челнокова, А. Г. Николаев, М. Н. Голованова, Е. В. Беликова) внесены сведения о 186 взрослых больных туберкулезом, 27 больных туберкулезом детей, 95 контактных лицах и 158 детях с латентной туберкулезной инфекцией, зарегистрированных на территории фтизиатрического участка г. Ярославля. Работа в программе осуществляется в режиме онлайн с проекцией на карту в пределах заданной территории. Проведена оценка эпидемической ситуации на территории участковым фтизиатром, фтизиопедиатром и педиатрами.

Результаты. Благодаря одновременному отображению данных (по взрослым и детям, заболевшим туберкулезом), разработан алгоритм обнаружения и визуализации территориальных зон высокого риска по туберкулезу у детей. Программа автоматически оценивает для каждого конкретного человека, проживающего на данной территории, степень эпидемической опасности очагов туберкулезной инфекции (ОТИ). К высокому риску заболевания туберкулезом детей отнесены ОТИ, характеризующиеся наличием их на территории нескольких домов, объединенных общим двором, одного или нескольких следующих условий: два и более больных туберкулезом – бактериовыделителей; один больной бактериовыделитель с социально-дезадаптированным поведением, злоупотребляющий алкоголем, страдающий наркоманией; три и более больных без бактериовыделения; очаг смерти в сочетании с еще одним заболевшим туберкулезом на территории домов, независимо от бактериовыделения; один больной бактериовыделитель,

уклоняющийся от лечения; один больной без бактериовыделения и два и более ребенка с положительными иммунологическими тестами на туберкулез, исключая семейные контакты; три и более ребенка с положительными иммунологическими тестами на туберкулез или один и более больной туберкулезом ребенок без взрослого источника инфекции; хронический больной-бактериовыделитель с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза; отсутствие заключительной дезинфекции в очаге. По количеству установленных критериев опасности очаги разделены следующим образом: наличие одного критерия – очаг высокой степени опасности – выявлено соответствие заболеванию детей туберкулезом на территории в 70% случаев без семейного контакта; два и более – критический уровень опасности очага – обнаружено соответствие заболеванию детей туберкулезом в 86% случаев без семейного контакта. Электронно-картографическая оценка эпидемической ситуации на территории участка также позволила выявить 23 территориальных очага с неблагополучной ситуацией по туберкулезу у взрослых без детей с латентной туберкулезной инфекцией, что свидетельствует о явном недообследовании детей по туберкулезу; 8 территориальных очагов с недостаточным обследованием и детей, и взрослых; 9 участков с неблагополучной ситуацией по латентной инфекции у детей без источника инфекции; 3 участка, где недообследовано взрослое население. К неблагополучным были отнесены более 15 «белых пятен» на карте – в участках социального риска отсутствуют больные туберкулезом и дети с латентной туберкулезной инфекцией.

Заключение. Использование электронно-картографического метода в режиме онлайн оптимизирует усилия фтизиатров и врачей общей лечебной сети по борьбе с туберкулезом. Разработанная компьютерная программа позволяет выявлять территориальные очаги высокого риска по туберкулезу у детей

и проводить оценку их эпидемической значимости, обнаруживать новые и потенциальные очаги туберкулеза в динамике пространства и времени.

Голованова Мария Николаевна
(Maria N. Golovanova)
E-mail: seyfor@mail.ru



DOI 10.21292/2075-1230-2019-97-1-56-57

ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Иванов А. В.¹, Малов А. А.¹, Кичигин В. А.², Кичигина О. В.³

¹БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, РФ

²ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», г. Чебоксары, РФ

³ФНУ «ГБ МСЭ по Чувашской Республике – Чувашии», г. Чебоксары, РФ

THORACOPLASTY IN THE TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS

Ivanov A. V.¹, Malov A. A.¹, Kichigin V. A.², Kichigina O. V.³

¹Republican TB Dispensary, Cheboksary, Russia

²Chuvash State University named after I. N. Ulyanov, Cheboksary, Russia

³Main Bureau of Social Security and Medical Assessment for the Chuvash Republic - Chuvashia, Cheboksary, Russia

Цель исследования: изучить эффективность применения экстраплевральной задневерхней торакопластики (ТПЛ) в лечении пациентов с деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ).

Материалы и методы. Исследование проведено на базе БУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Минздрава Чувашии в 2014-2015 гг. Изучены результаты экстраплевральной задневерхней ТПЛ у 42 пациентов с ДТЛ. Показанием к ТПЛ явились неэффективность проводимого медикаментозного лечения (наличие полостей деструкции в верхних долях и S₆ легких, сохраняющееся бактериовыделение), невозможность применения резекционных методов оперативного лечения. Группу сравнения составили 30 пациентов, получавших только медикаментозное лечение, у которых имелись показания к применению ТПЛ, но они отказались от оперативного лечения.

В основной группе было 8 женщин в возрасте от 30 лет до 51 года и 34 мужчины в возрасте от 24 до 63 лет, в группе сравнения – 2 женщины (38 и 40 лет) и 28 мужчин в возрасте от 24 до 72 лет.

В основную группу включено 6 (14%) пациентов с рецидивом туберкулеза, в группу сравнения – 2 (6,7%) пациента. В основной группе у 16 (38%) пациентов имел место двусторонний процесс, в группе сравнения – у 14 (46,7%).

У 13 пациентов основной группы и 10 пациентов группы сравнения была сопутствующая соматическая патология: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, вирусные гепа-

титы В и/или С, экзогенно-токсические гепатиты, язвенная болезнь.

Результаты. Летальность за 3 года наблюдения в группе без хирургического лечения составила 36,7% (11/30 больных), в группе оперативного лечения – 23,8% (10/42 из 42), $p = 0,237$; χ^2 .

Среди пациентов со сроком заболевания до 1 года летальность составила в основной группе 8% (2/25), в группе сравнения – 15,8% (3/19), $p = 0,423$; χ^2 . Среди пациентов со сроком заболевания более двух лет летальность составила в основной группе 45% (5/11), в группе сравнения – 88% (8/9), $p = 0,070$; χ^2 .

При сохраненной чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) летальность в основной группе (4,2%; 1/24) и в группе сравнения (14,2%; 2/14), $p = 0,283$, не имела статистически значимой разницы, так же как при МЛУ/ШЛУ МБТ – соответственно 50% (9/18) и 56,3% (9/16).

Летальность у лиц с нормальной массой тела была ниже в основной группе, чем в группе сравнения – 17,6% (6/34) против 33,3% (6/18), $p = 0,202$, χ^2 ; при низкой массе тела наоборот – соответственно 50% (4/8) против 41,7% (5/12), $p = 0,71$; χ^2 .

Среди лиц, у которых после включения в исследование не удалось достигнуть негитивации мокроты, летальность была ниже в основной группе, чем в группе сравнения (41,7% (10/24) против 71,4% (10/14), $p = 0,077$, χ^2), а перевод в 3-ю группу диспансерного учета был чаще (33,3% (8/24) против 21,4% (3/14) группы сравнения, $p = 0,426$; χ^2).

В группе с достигнутой негитивацией мокроты летальности среди оперированных больных не было, среди консервативно леченных пациентов