

В.В. Данцев, В.Г. Карпущенко, В.Н. Болехан,
Р.Д. Мучаидзе, В.В. Иванов,
Ю.Н. Шитов, М.Г. Спицын

Направления совершенствования профилактической работы в группе военнослужащих с повышенным риском заболевания туберкулезом

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. По мере снижения заболеваемости и смертности от туберкулеза населения Российской Федерации и военнослужащих более актуальными становятся профилактика и индивидуализированная работа в группах риска. Анализ текущей военно-медицинской отчетности показывает недостаточную эффективность активного выявления туберкулеза и диспансерного динамического наблюдения за группой повышенного риска заболевания среди военнослужащих. Важным направлением профилактики туберкулеза в группах повышенного риска является выявление и лечение латентной туберкулезной инфекции. Обследование на латентную туберкулезную инфекцию необходимо: лицам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека; контактировавшим с активным туберкулезом; пациентам, получающим иммуносупрессивные генно-инженерные биологические препараты, цитостатическую, системную глюкокортикоидную, лучевую терапию и др. В Вооруженных силах Российской Федерации в настоящее время методы диагностики латентной туберкулезной инфекции не применяются. Массовая туберкулинодиагностика молодому пополнению отменена. Вследствие этого одна из наиболее актуальных групп повышенного риска заболевания туберкулезом – гиперреакторы на пробу Манту – выпала из поля зрения, хотя именно они нуждаются в химиопрофилактике в начале военной службы. Альтернативным методом диагностики латентной туберкулезной инфекции у военнослужащих может быть внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. Кроме того, недостаточно эффективен учет военнослужащих, инфицированных вирусом иммунодефицита человека и пациентов, получающих генно-инженерные биологические препараты. Дефекты диспансерного динамического наблюдения таких военнослужащих могут привести к их заболеванию туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, профилактика, военнослужащие, повышенный риск заболевания туберкулезом, латентная туберкулезная инфекция, туберкулинодиагностика, аллерген туберкулезный рекомбинантный, вирус иммунодефицита человека.

Введение. Эффективность различных противотуберкулезных мероприятий находится в тесной связи с конкретной эпидемической обстановкой, изменение которой требует пересмотра объема и организационных форм проведения отдельных разделов профилактической работы. Своевременное внесение корректив в программу борьбы с туберкулезом невозможно без проведения исследований, позволяющих характеризовать как совокупную эффективность всего комплекса профилактических мероприятий, так и значимость каждого из мероприятий в отдельности. При этом важно выявление приоритетных направлений в работе, позволяющих более эффективно снижать заболеваемость [6].

Направления противотуберкулезной работы в масштабах всего населения страны зависят от фазы эпидемического процесса. В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к снижению уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза как среди населения Российской Федерации (РФ), так и среди военнослужащих Вооруженных сил (ВС) РФ.

В период спада заболеваемости и смертности актуальной задачей является уменьшение числа больных хроническими формами туберкулеза. Основные усилия сосредоточиваются на раннем выявлении больных молекулярно-генетическими, иммунологическими, современными лучевыми методами; индивидуализированном лечении с учетом лекарственной устойчивости; усилении работы в очагах; профилактике в группах риска [2].

При минимальном уровне заболеваемости и смертности от туберкулеза на первый план выходят вопросы профилактики и обеспечения эпидемического благополучия в виде интенсивной работы в очагах инфекции; прицельной работы в группах риска; выявления и широкого превентивного лечения лиц с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ); создания ощутимых препятствий для ввоза инфекции извне [2].

Вышеперечисленные мероприятия не могут автоматически дублироваться среди военнослужащих. Военная служба связана с комплексом неблагоприятных факторов, таких как изменение стереотипа питания, интенсивные физические нагрузки, проживание в

условиях казарменного размещения, психоэмоциональное напряжение, боевая подготовка в полевых условиях. Долгосрочное действие совокупности указанных факторов приводит к развитию хронического эколого-профессионального перенапряжения. Последнее характеризуется комплексом дезадаптационных расстройств, охватывающим все уровни интеграции организма (повышение уровня тревоги, снижение работоспособности, угнетение иммунитета и реактивности) и повышает предрасположенность к инфекционным заболеваниям [4].

Цель исследования. Оценить современную организацию противотуберкулезных мероприятий среди военнослужащих и определить направления совершенствования профилактической работы в группе повышенного риска заболевания туберкулезом.

Материалы и методы. Проанализированы показатели заболеваемости туберкулезом населения РФ (по данным аналитических обзоров), показатели заболеваемости туберкулезом и инфекцией, вызываемой вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), у военнослужащих (по данным годовых отчетов воинских частей по форме 3/МЕД), данные всеармейского регистра больных туберкулезом.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что к основным противотуберкулезным мероприятиям в ВС РФ относятся: 1) недопущение больных туберкулезом на военную службу; 2) выделение среди военнослужащих лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, диспансерное динамическое наблюдение за ними и проведение химиопрофилактики; 3) выявление туберкулеза у военнослужащих при профилактических медицинских осмотрах (в том числе – флюорографическом обследовании), а также при обращении за медицинской помощью с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом; 4) проведение противоэпидемических мероприятий в воинской части при выявлении больного туберкулезом [9].

Анализ отчетов военно-медицинской службы показывает недостаточную эффективность активного выявления туберкулеза среди военнослужащих при профилактической флюорографии (ФЛГ), с помощью данного метода в 2013 г. было выявлено только 23%, а в 2014 г. – 34% больных [1] (табл. 1).

Таблица 1

Эффективность различных способов выявления туберкулеза у военнослужащих МО РФ, % от общего числа случаев

Путь выявления	2013 г.	2014 г.
Плановая ФЛГ	23	34
Лечение в военном госпитале по поводу нетуберкулезного заболевания	58	46
Обращение к врачу с симптомами, подозрительными на туберкулез	15	17
Обследование лиц из групп динамического наблюдения по туберкулезу	4	3

Стабильно низкая доля активного выявления туберкулеза среди военнослужащих Минобороны РФ может свидетельствовать, в том числе, о низком охвате профилактическими флюорографическими осмотрами данного контингента. В целом по стране в 2014 г. при профилактическом флюорографическом обследовании выявлено 42924 случая туберкулеза. Охват подростков и взрослого населения ФЛГ обследованием составил 60,5%, процент активного выявления – 49,4% [3].

К сожалению, обсуждается возможность отмены данного способа выявления туберкулеза в РФ из-за его низкой эффективности (выявляемость на 1000 обследованных – 0,58 человек) и в связи с этим высокой стоимостью (в условиях Санкт-Петербурга – около 300 тыс. рублей на одного выявленного больного). По нашему мнению, регулярное флюорографическое обследование в масштабах всего населения РФ целесообразно сохранить, поскольку оно позволяет выявлять туберкулез у социально адаптированных, наиболее трудоспособных групп населения, следящих за состоянием своего здоровья. По нашему мнению, отменять профилактическую флюорографию в ВС РФ недопустимо даже в случае, если это произойдет в отношении населения РФ.

Основная часть больных туберкулезом военнослужащих выявляется во время лечения в военном госпитале по поводу нетуберкулезного заболевания. Так, в 2013 г. доля таких случаев составила 58%, в 2014 г. – 46%. При этом актуальной проблемой остаются продолжительные сроки установления окончательного диагноза. Несвоевременное выявление туберкулеза ведет к поздней изоляции эпидемически опасного больного и, как следствие, инфицированию большого числа окружающих, в том числе и медицинских работников. По данным всеармейского регистра, диагноз туберкулеза военнослужащим устанавливается в среднем через 21 день стационарного лечения в общесоматических отделениях [1].

Решить данную проблему, помимо традиционных методов диагностики туберкулеза, поможет использование современных, но недоступных в настоящее время большинству военно-медицинских организаций методов: компьютерной томографии, молекулярно-генетических методов выявления молекул дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) микобактерий туберкулеза (МБТ), пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении.

Для верификации легочного и внелегочного туберкулеза необходимо обнаружение МБТ, их генетических маркеров, а также совокупности морфологических признаков туберкулезной гранулемы: казеозного некроза, эпителиоидных клеток, гигантских клеток Пирогова-Лангханса. При отсутствии в медицинской организации возможностей выполнения необходимых диагностических исследований на туберкулез их следует провести в других медицинских организациях, которые располагают возможностями для качественной диагностики туберкулеза.

В условиях снижающейся заболеваемости туберкулезом в ВС РФ работа с группами повышенного риска заболевания становится приоритетным направлением противотуберкулезных мероприятий. Моделирование эпидемического процесса туберкулезной инфекции в ВС в 80-е годы прошлого века позволило определить удельный вес и структуру групп повышенного риска заболевания туберкулезом, уровни заболеваемости военнослужащих в различные сроки после призыва в зависимости от исходной чувствительности к туберкулину и различных признаков зараженности. По данным В.В. Рыбалко [6], военнослужащие из группы риска, составляющие только 6% молодого пополнения, «оставляют» около 40% всех заболевших, в том числе бактериовыделителей. К 2005 г. прогнозировалось увеличение удельного веса групп риска в общей заболеваемости туберкулезом военнослужащих до 80%.

Выявление больных туберкулезом военнослужащих при обследовании лиц из групп диспансерного динамического наблюдения по туберкулезу сохраняется в ВС РФ на недопустимо низком уровне, в 2013 г. – 4%, в 2014 г. – 3%, хотя именно данное направление должно играть ведущую роль как по мнению фтизиатров РФ, так и зарубежных исследователей.

По данным V. Garyfalia et al. [10], наиболее информативным показателем, характеризующим эпидемическую ситуацию по туберкулезу в войсках, является риск инфицирования. Риск инфицирования военнослужащих Греции, ранее не вакцинированных бациллой Кальметта – Герена (БЦЖ), составил 0,2%, кроме того, отмечено ежегодное снижение количества лиц с положительной реакцией на пробу Манту среди новобранцев.

J.D. Mancuso et al. [12] исследовали уровень инфицирования туберкулезом военнослужащих армии Соединенных Штатов Америки (США), базирующихся на территориях иностранных государств. Было выявлено, что процент инфицированных среди военнослужащих, проходящих службу на территории США, достоверно не отличался от данного показателя у ветеранов Ирака, как и у туристов из числа гражданского населения, длительно пребывавших за пределами страны.

J.L. Sanchez et al. [13] считают, что наиболее важным фактором, ведущим к заболеванию туберкулезом военнослужащих, является реактивация ЛТИ, поэтому ее диагностике и лечению среди новобранцев должно быть уделено первостепенное внимание. По мнению авторов, диагностике ЛТИ у военнослужащих будет способствовать внедрение проб, основанных на высвобождении Т-лимфоцитами интерферона- γ *in vitro*. Эффективность профилактики туберкулеза можно повысить за счет внедрения обязательного лечения ЛТИ короткими схемами под непосредственным контролем. Для ускорения выявления случаев активного туберкулеза необходимо более широкое применение молекулярно-генетических методов выявления МБТ.

По данным T. Targowski et al. [14], диагностическая ценность пробы Манту в вопросах выявления остаточных посттуберкулезных изменений в легочной

ткани и ЛТИ не уступает пробам, основанным на высвобождении Т-лимфоцитами интерферона- γ *in vitro*. Авторы считают, что, пока недоступны более точные диагностические методики, целесообразно продолжать использовать пробу Манту.

Важность массовой туберкулинодиагностики для выявления лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом из числа молодого пополнения не вызывает сомнения. В ВС США туберкулинодиагностика применяется для обследования кандидатов на военную службу при выявлении у них факторов риска заболевания туберкулезом. Однако в связи с большим количеством ложноположительных результатов для диагностики ЛТИ рекомендуется переход на использование проб, основанных на высвобождении Т-лимфоцитами интерферона- γ *in vitro* [11].

В ВС РФ с 2012 г. туберкулинодиагностика молодым военнослужащим официально отменена, хотя научного обоснования данного решения не приводилось. Логично предположить, что после исключения из календаря прививок второй ревакцинации БЦЖ (2014 г.), выполнявшейся в 14 лет, достоверность пробы Манту увеличится за счет угасания поствакцинальной туберкулиновой аллергии к 18-летнему возрасту.

По нашему мнению, перед медицинским освидетельствованием для определения годности к военной службе по направлению военных комиссариатов туберкулинодиагностику целесообразно выполнять в противотуберкулезных диспансерах следующим категориям граждан: подлежащим призыву на военную службу, при поступлении на военную службу по контракту, поступающим в военно-учебные заведения.

Результат пробы Манту должен фиксироваться в картах медицинского освидетельствования призывника, что позволит войсковым врачам выявлять лиц с гиперергической реакцией на туберкулин и включать их в группу повышенного риска заболевания туберкулезом. Кроме того, военные фтизиатры и эпидемиологи получат возможность по уровню инфицированности молодого пополнения оценивать, контролировать и прогнозировать эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в войсках в целом.

В.В. Рыбалко [6] показано, что заболеваемость туберкулезом гиперреакторов на пробу Манту в 11 раз выше, чем общая заболеваемость военнослужащих по призыву. Наибольшая заболеваемость в группе повышенного риска отмечена в первые 6 месяцев после призыва. По данным 736 главного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГЦ ГСЭН) МО РФ, в 2014 г. из общего количества заболевших туберкулезом военнослужащих в первые 3 месяца службы выявлено 30%, в сроки от 3 до 6 месяцев – 36%. Возможно, после постановки пробы Манту какая-то часть заболевших была бы отнесена к группе риска в связи с гиперергической реакцией на туберкулин, а последовавшая за этим химиопрофилактика могла бы предотвратить развитие туберкулеза.

Предупреждение перехода ЛТИ в манифестную форму туберкулеза является важной задачей и для населения страны в целом, о чем свидетельствует возросший интерес исследователей к данной проблеме, а также выход в свет соответствующих клинических рекомендаций Российской и Национальной ассоциаций фтизиатров.

«Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей, 2015 г.» [7] определяют ЛТИ как состояние стойкого иммунного ответа на антигены МБТ при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза.

С целью раннего выявления инфицирования всем детям с 12-месячного возраста до 7 лет включительно (при отсутствии вакцинации БЦЖ (БЦЖ-М) с 6-месячного возраста – 2 раза в год) один раз в год выполняется проба Манту. При положительной пробе Манту рекомендована проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении. Детям с 8 до 17 лет включительно один раз в год будет проводиться проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении.

Дальнейшему обследованию с назначением компьютерной томографии подлежат:

- все пациенты с положительными пробами на высвобождение интерферона- и/или пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным;
- все пациенты с клиническими симптомами, характерными для туберкулеза;
- лица с изменениями, выявленными при рентгенографии органов дыхания, анамнестических указаниях на перенесенный ранее туберкулез органов дыхания.

В случае повсеместного внедрения данного алгоритма обследования детей и подростков к моменту призыва на военную службу вся необходимая информация об «инфекционном анамнезе по туберкулезу»

и его последствиях должна быть отражена в медицинской карте призывника. Это позволит войсковым врачам своевременно выявлять наличие факторов повышенного риска заболевания туберкулезом.

Среди взрослого населения обязательному обследованию для выявления ЛТИ подлежат лица из группы риска [8]: ВИЧ-инфицированные; имеющие контакт с больным туберкулезом; получающие лучевую, цитостатическую, системную глюкокортикоидную терапию, иммуносупрессивные генно-инженерные биологические препараты (ГИБП); находящиеся на лечении с замещением функции почек; пациенты с пневмокониозами.

Обследование на ЛТИ рекомендовано: социально дезадаптированным группам населения; потребителям наркотиков; гражданам, прибывшим из мест лишения свободы; медицинским работникам; мигрантам из стран с высоким бременем туберкулеза; лицам, имеющим сопутствующие заболевания, способствующие снижению иммунитета (например, сахарный диабет и т. д.)

Предпочтительной схемой превентивного лечения ЛТИ у взрослых является прием изониазида и рифампицина в течение 3 – 4 мес. В детском возрасте лечение проводится от 3 до 6 мес. (изониазидом или изониазидом и пиразинамидом; или изониазидом и рифампицином) [8].

Среди вышеперечисленных групп риска наиболее значимой является категория ВИЧ-инфицированных. Заболеваемость личного состава ВС РФ ВИЧ-инфекцией находится на низком уровне и не сказывается на состоянии боеспособности войск (рис. 1).

Среди выявленных больных преобладают военнослужащие по призыву, хотя в последние годы растет доля военнослужащих по контракту. При выявлении ВИЧ-инфекции у призывника или военнослужащего по призыву выносится решение о негодности к военной службе. При этом первые не подлежат призыву, а вто-

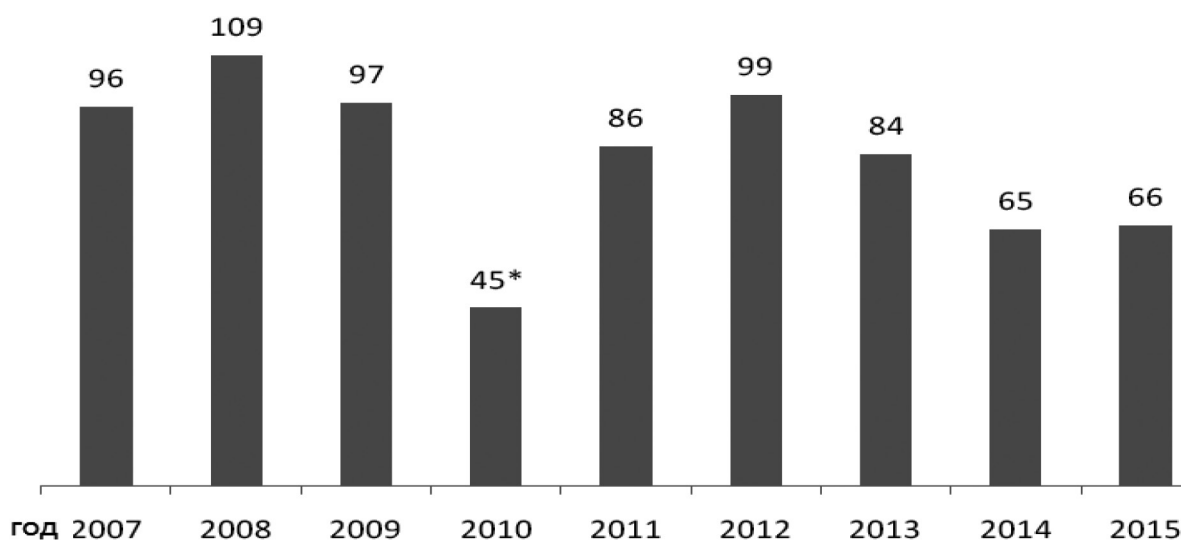


Рис. 1. Динамика выявления ВИЧ-инфекции у военнослужащих (абс. число).

* – показатель заболеваемости в 2010 г. не соответствует действительности в связи с нарушением системы регистрации

рые увольняются из рядов ВС со снятием с воинского учета. Если ВИЧ-инфекция выявляется у рядового по контракту, он признается ограниченно годным к военной службе и также увольняется из рядов ВС, но с сохранением на воинском учете. Военнослужащие по контракту (офицеры) в индивидуальном порядке могут продолжить службу до развития стадии вторичных заболеваний, после чего будут признаны ограниченно годными и уволены из ВС в запас.

Уменьшению числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди военнослужащих способствовало введение в 2010 г. санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» [5], которые закрепили обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ на этапе призыва, однако угроза заноса ВИЧ-инфекции в войска по-прежнему сохраняется. Риск инфицирования ВИЧ подвержены военнослужащие, склонные к внутривенному употреблению наркотиков, проявляющие рискованное сексуальное поведение, болеющие инфекциями, передающимися половым путем, имеющие низкие гигиенические знания и навыки.

В период 1996–2000 гг. в ВС РФ сложилась стройная система выявления и учета ВИЧ-инфицированных военнослужащих, в основе организации которой была централизованная экспертная диагностика на базе научно-исследовательской лаборатории (синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) и инфекционных болезней в ВС РФ) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

В последующие годы на фоне резкого увеличения количества новых случаев ВИЧ-инфекции у военнослужащих произошла децентрализация диагностического процесса. В 2002 г. было разрешено проведение экспертизы ВИЧ-инфекции еще в двух лабораториях инфекционной иммунологии МО РФ, также стали приниматься к рассмотрению результаты экспертной диагностики, полученные в медицинских организациях Министерства здравоохранения (МЗ) РФ.

Отсутствие системы централизованного учета ВИЧ-инфицированных военнослужащих привело к снижению качества оперативного учета и диспансерного динамического наблюдения. В сложившейся ситуации любой военнослужащий с документом, удостоверяющим личность, может пройти обследование в гражданской медицинской организации и не сообщать о своем ВИЧ-статусе по месту службы. Установленного механизма передачи информации из Центров СПИД МЗ РФ о выявлении ВИЧ-инфекции у военнослужащих не существует. В связи с этим часть ВИЧ-инфицированных военнослужащих по контракту, подлежащих диспансерному динамическому наблюдению в группе повышенного риска заболевания туберкулезом, может выпасть из поля зрения фтизиатров.

Другой категорией пациентов, имеющих повышенный риск заболевания туберкулезом и подлежащих обследованию на ЛТИ, являются больные, получающие ГИБП. При этом регистр военнослужащих,

получающих ГИБП, не ведется, не отработан единый алгоритм обследования и диспансерного динамического наблюдения за данной категорией больных.

По данным 736 ГЦ ГСЭН МО РФ, в 2014 г. участие фтизиатров в проведении противоэпидемических мероприятий при выявлении больных туберкулезом военнослужащих имело место только в 17% случаев. По нашему мнению, это обусловлено недостаточным количеством штатных фтизиатров и может негативно отразиться на качестве профилактики туберкулеза среди лиц, подвергшихся «внутриказарменному» риску инфицирования.

Таким образом, к основным проблемам выявления туберкулеза у военнослужащих из групп повышенного риска в современных условиях можно отнести:

- 1) отсутствие возможностей выполнения необходимых диагностических исследований на туберкулез в большей части военно-медицинских организаций;
- 2) исключение из числа обязательных методов обследования молодого пополнения туберкулинодиагностики, отсутствие других методов выявления ЛТИ;
- 3) недостатки в организации учета и наблюдения за ВИЧ-инфицированными военнослужащими по контракту;
- 4) отсутствие единого регистра пациентов, получающих ГИБП в военно-медицинских организациях, и единого алгоритма профилактики туберкулеза у данных лиц;
- 5) сокращение значительного количества штатных фтизиатров, недостаточная квалификация нештатных гарнизонных фтизиатров.

Литература

1. Безносик, Р.В. Проблемные вопросы и задачи, стоящие перед фтизиатрами Вооруженных сил Российской Федерации / Р.В. Безносик // Актуальные вопросы военной фтизиатрии: сб. научн. тр. – М., 2014. – Т. 5. – С. 6–9.
2. Богородская, Е.М. Возможности повышения качества проведения профилактических осмотров населения на туберкулез / Е.М. Богородская [и др.] // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 1. – С. 34–39.
3. Нечаева, О.Б. Туберкулез в Российской Федерации, 2012/2013/2014 гг. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации и в мире / О.Б. Нечаева. – М., 2015. – 312 с.
4. Новицкий, А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности / А.А. Новицкий // Тр. воен.-мед. акад. – СПб., 1994. – Т. 235. – С. 8–17.
5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» // Росс. газета. – 2011. – № 5457. – 15 апреля.
6. Рыбалко, В.В. Состояние и перспективы военной фтизиатрии. Актовая речь 29 декабря 1991 года в день 193 годовщины академии / В.В. Рыбалко. – СПб.: ВМА, – 1991. – 21 с.
7. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению латентной туберкулезной инфекции у детей. – М.: РООИ «Здоровье человека», 2015. – 36 с.
8. Фтизиатрия. Национальные клинические рекомендации / под ред. П.К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

9. Халимов, Ю.Ш. Направления деятельности медицинской службы по профилактике и раннему выявлению туберкулеза в ВС РФ / Ю.Ш. Халимов [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т. 333, № 7. – С. 16–22.
10. Garyfalia, V. Annual Risk of Tuberculosis Infection in Hellenic Air Force Recruits / V. Garyfalia [et al.] // The Open Respiratory Medicine J. – 2013. – № 7. – P. 77–82.
11. Mancuso, J.D. Pseudoepidemics of Tuberculin Skin Test Conversions in the U.S. Army after Recent Deployments / J.D. Mancuso, S.K. Tobler, L.W. Keep // Am J. of Respiratory and Critical care medicine. – 2008. – № 177. – P. 1285–1289.
12. Mancuso, J.D. Challenges in Obtaining Estimates of the Risk of Tuberculosis Infection During Overseas Deployment / J.D. Mancuso, M. Geurts // Am J. Trop Med Hyg. – 2015. – № 28. – P. 0515–0539.
13. Sanchez, J.L. Tuberculosis as a force health protection threat to the United States military / J.L. Sanchez [et al.] // Mil Med. – 2015. – № 180 (3). – P. 276–284.
14. Targowski, T. IGRA as a Predictive Factor of Silent Pulmonary Changes in Individuals Following Exposure to Tuberculosis / T. Targowski, S. Chelstowska, T. Plusa // Lung. – 2014. – № 192. – P. 869–874.

V.V. Dantsev, V.G. Karpuschenko, V.N. Bolekhan, R.D. Muchaidze, V.V. Ivanov, Yu.N. Shitov, M.G. Spitsin

The directions of preventive work perfection in the military servicemen with increased risk of tuberculosis

Abstract. While the tuberculosis morbidity and mortality of the population and military servicemen in the Russian Federation decreases, the preventive measures and the individualised work in risk groups become more actual. The analysis of current military-medical reporting shows inefficiency of the active tuberculosis revealing and dispensary dynamic supervision over tuberculosis risk group among military servicemen. The important line of tuberculosis prevention in risk groups is revealing and treatment of latent tuberculosis infection. Screening for latent tuberculosis infection is necessary for: infected with the human immunodeficiency virus; contacts with active tuberculosis; patients receiving immunosuppressive biologics, cytostatics, system corticosteroids, radiation therapy etc. In the Armed Forces of the Russian Federation now methods of screening for latent tuberculosis infection are not applying. Mass tuberculin skin testing of recruits is cancelled. Thereof, one of the most actual tuberculosis risk groups – tuberculin Mantoux skin test hyperreactors – is missed, though they require chemoprophylaxis in the beginning of military service. Intradermal test with tuberculosis recombinant allergen may be alternative to the Mantoux skin test. Besides, the registration of military servicemen with human immunodeficiency virus and patients receiving immunosuppressive biologics is ineffective. Defects of dispensary dynamic supervision over such military servicemen can cause active tuberculosis in them.

Key words: tuberculosis, prevention, military servicemen, increased risk of tuberculosis, latent tuberculosis infection, tuberculin skin testing, tuberculosis recombinant allergen, human immunodeficiency virus.

Контактный телефон: 8-911-835-76-97; e-mail: vladimirdantsev@yandex.ru