

**Материалы и методы.** Изучена общая заболеваемость туберкулезом и заболеваемость детского населения Республики Саха (Якутия) и Ямало-Ненецкого автономного округа по сравнению с данными по РФ в целом в 2000–2013 годах. Проведен анализ заболеваемости в районах компактного проживания коренного населения Ямало-Ненецкого автономного округа и других территориях региона, дана оценка эффективности проводимых профилактических мероприятий. Материалы исследования основаны на данных форм государственного статистического наблюдения, учетных и отчетных документов противотуберкулезных диспансеров и учреждений Роспотребнадзора. В работе использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа и методы статистики.

**Результаты.** В Республике Саха (Якутия) в изученный период показатели заболеваемости туберкулезом варьировали от 73,7 до 92,3 на 100 000 населения, с 2010 г. заболеваемость в республике превышает уровни по РФ в целом, в 2013 г. различия составили 1,3 раза. Заболеваемость детей и подростков в Республике Саха (Якутия) в 2000–2013 гг. была всегда существенно выше, показатели нередко превышали 30–40 на 100 000 детского населения в возрасте до 17 лет. По итогам 2013 г. уровни заболеваемости туберкулезом в этой возрастной группе в РФ и Республике Саха (Якутия) составили 17,0 и 27,2 на 100 000 человек соответственно. Вопросы профилактики туберкулеза являются частью государственной программы развития здравоохранения Республики Саха (Якутия) на период 2012–2016 годы. За 2 года реализации программы общая заболеваемость туберкулезом населения снизилась на 5,7%, среди детей и подростков — на 11,7%.

В Ямало-Ненецком автономном округе в 2000–2005 гг. заболеваемость туберкулезом была выше, чем по РФ в целом, в отдельные годы показатели заболеваемости в округе превышали 100 на 100 000 населения. С 2009 г. отмечается снижение общей заболева-

мости населения округа, в 2013 г. показатель составил 54,4 на 100 000 человек, среди детей и подростков — 19,7 на 100 000. Результаты изучения заболеваемости туберкулезом в районах округа показали, что на территориях компактного проживания коренных жителей Крайнего Севера (Приуральский, Шурышкарский, Ямальский районы) уровни заболеваемости в 2012 г. превышали заболеваемость в других районах (Надымский, Новый Уренгой, Ноябрьск) в 4–6 раз. Высокая заболеваемость в сельских районах в значительной степени связана с кочевым образом жизни оленеводов, их миграцией, что определяет труднодоступность оказания медицинской помощи, флюорографического обследования и вакцинации детей против туберкулеза. В некоторых населенных пунктах высокая заболеваемость туберкулезом связана с наличием учреждений УФСИН (более 30% заболевших туберкулезом ранее осужденные лица). Как и на других территориях РФ, существенный вклад в заболеваемость туберкулезом в округе вносят мигранты, среди которых ежегодно регистрируется 50–60 случаев активных форм заболевания. Показатели охвата населения флюорографическим обследованием в округе не превышают 90%, 10% населения, составляющего более 50 тысяч человек, не обследуется на туберкулез (коренное население, прибывшие из ИТУ, мигранты, неработающее население).

**Выводы.** Результаты исследования показали, что в последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом, что характеризует эффективность проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий. Вместе с тем для регионов Крайнего Севера остается актуальной проблема заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, высокой заболеваемости детей и труднодоступных групп населения (мигранты, лица, вышедшие из учреждений пенитенциарной системы, коренные жители, ведущие кочевой образ жизни).

## В санаторий поступил пациент с недостаточно обоснованной этиологией заболевания глаз: что делать?

**С.Л. Ляпин, Е.И. Устинова, М.Н. Симчук**

Фтизиоофтальмологический санаторий «Красный вал»; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

**Введение.** При туберкулезе глаз выявить наиболее достоверные для фтизиатрии диагностические критерии (МБТ, структура бугорка) в глазном очаге

без операции мало реально. Поставить диагноз на основе результатов подробного традиционного и специального обследования больного труднее, чем

## Специальные диагностические исследования

Годы	Число больных	В том числе с числом исследований			
		туб. пробы с дозами 2–20 ТЕ	тест-терапия	ВКП по Каспарову	ФАГД
2000–2004	504	764	310	360	125
2005–2009	808	934	585	354	63

при других локализациях туберкулеза, особенно для малоопытных фтизиоофтальмологов и совместителей из ОЛС. В наиболее сложных ситуациях больного из ПТД направляют в НИИ фтизиопульмонологии. За 7 лет в СПб НИИФ поступило 494 таких больных, диагноз туберкулеза подтвержден у 35 (7%) человек (Устинова Е.И., Батаев В.М., 2012).

**Цель исследования.** Изучение частоты поступления в санаторий больных с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулеза глаз и оценка тактики врачей санатория.

**Материалы и методы.** Проанализировали годовые отчеты и истории болезни пациентов за 2000–2004 гг. (4586 человек) и за 2005–2009 гг. (4284 человека). При уточнении диагноза руководствовались разработанным в СПб НИИФ способом верификации туберкулеза глаз по косвенным признакам (Устинова Е.И., Батаев В.М., 1985–1994): при показаниях углубляли обследование общего состояния организма; особое внимание уделяли клинико-офтальмологическим и специальным методикам по оценке глазного очага и его реакций как на введение туберкулина (внутрикожно, при показаниях, подкожно в различных дозах от 2 ТЕ до 20–50 ТЕ), так и на туберкулостатики узкого спектра действия. При подтверждении туберкулеза глаз назначали

адекватную терапию, при исключении туберкулеза — выписывали больного с уточненным диагнозом.

**Результаты и обсуждение.** Лиц с недостаточным обоснованием туберкулезной этиологии заболеваний глаз в 2000–2004 гг. оказалось 504 (11,0%), в 2005–2009 гг. — 808 (18,9%), ( $p < 0,05$ ). Активного туберкулеза других локализаций не выявлено, петрификаты в легких — у 12 больных.

Туберкулезная этиология заболеваний глаз в 2000–2004 гг. подтверждена у 277 (31,7%) больных, в 2005–2009 гг. — у 160 (34,3%) ( $p > 0,05$ ). У остальных 875 пациентов диагностировали герпес-вирусные увеиты, дистрофии и ряд более редких заболеваний глаз. В санаторий «Выборг-3» ежегодно поступает от 6 до 15% больных, нуждающихся в дифференциальной диагностике (Александров Е.И., 2012).

**Выводы.** 1. Подтверждена сложность диагностики туберкулеза глаз и необходимость помощи диспансерам со стороны фтизиоофтальмологов не только НИИ, но и санаториев. 2. При поступлении в санаторий пациентов с недостаточно обоснованным диагнозом туберкулеза глаз необходимо проведение дифференциальной диагностики на должном качественном уровне, что имеет большое медико-социальное и экономическое значение.

## Роль комплексных комиссий в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции в сельской местности Крайнего Севера

Н.М. Ощепкова, М.К. Винокурова

Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск

**Введение.** Климатические и географические особенности Республики Саха (Якутия) оказывают влияние на некоторые показатели по туберкулезу в регионе, препятствуют своевременному и полному выполнению всех противоэпидемических мероприятий, регламентированных уставными документами. В первую очередь это касается противотуберкулезной

работы в очагах туберкулеза, поскольку большинство из них отдалены от административных и диагностических центров, с сезонной доступностью и недостаточно развитой транспортной схемой.

**Цель исследования.** Организовать дифференцированный подход для проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфек-