

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-

ции в сельской местности Крайнего Севера с учетом степени их сложности.

Материалы и методы исследования. Обследовано 80 очагов туберкулезной инфекции I группы в сельской местности Якутии, где проживают 157 детей. Очаги оценивались по ряду параметров, в том числе по отдаленности населенных пунктов от ПТД (протяженность в километрах); характеристикам дорог до очагов туберкулезной инфекции (асфальтовая или грунтовая); виду транспорта, на котором можно добраться до места жительства: авиация, специальный автотранспорт (трактор, бронетранспортер, гужевой, нартовый); зависимости от погодных условий: круглогодичная проходимость транспортом или сезонная (в летнее и зимнее время); характеристике очага по массивности (проживание двух и более бактериовыделителей в семье), по длительности контакта с бацилллярным больным, по наличию лекарственной устойчивости, по своевременности госпитализации больного в стационар.

Результаты исследования. В ходе исследования установлены следующие отягощающие факторы:

- в сельской местности неблагоустроенные грунтовые дороги к очагам туберкулеза составляют 98,8%, только 40,5% очагов туберкулеза находятся в районных центрах, а остальные 59,5% расположены в отдаленных населенных пунктах, вне зоны непосредственного обслуживания ПТД;
- в отдаленные очаги, расположенные в сельской местности, можно добраться авиацией — 31,3% и специальным транспортом — 33,7%. Таким образом, в 65,0% очагов в сельской местности можно добраться только на специальном и дорогостоящем транспорте.

Из-за перечисленных трудностей только 27,5% больных из сельских очагов возможно своевременно изолировать в тубстационары, при этом своевремен-

но привлекаются на обследование по контакту с больным туберкулезом всего 58,0% сельских детей. При выявлении больного в отдаленных, труднодоступных сельских населенных пунктах Крайнего Севера необходимо провести следующий комплекс организационных и противоэпидемических мероприятий:

- по плану, составленному заочно фтизиатром ПТД, первичное посещение очага в течение 3 дней по месту жительства больного осуществляют медицинские работники первичного звена (участковый врач или фельдшер). Обучение навыкам проведения текущей дезинфекции проводят сотрудники ОЛС, имеющие справки об обучении в ПТД. Дезинфекционные средства и плевательницу для сбора мокроты выдают в диспансере;
- в течение 14 дней проводится первичное обследование контактных лиц в участковых больницах, фельдшерских пунктах. До изоляции ребенка фтизиатром (заочно) с учетом туберкулиновых проб назначается химиопрофилактика. При получении результата исследования мокроты на ЛЧ проводится коррекция препаратов, изоляция детей в санаторные учреждения обязательна;
- в населенном пункте создается комплексная эпидемиологическая комиссия в составе главы местного самоуправления, медицинского работника, представителя общественности, которая контролирует все предписания, сделанные фтизиатром и эпидемиологом в заочной форме.

Заключение. Работа созданных комплексных эпидемиологических комиссий в условиях сельской местности региона Крайнего Севера позволила уменьшить общее число детей, заболевших в сельских районах, при этом в группе из очагов туберкулезной инфекции темпы снижения числа заболевших детей были выше почти в 3 раза.

Показатели реабилитации инвалидов вследствие туберкулеза в Республике Саха (Якутия)

Е.С. Павлова¹, Е.Д. Демьянова², В.Ф. Степанова²

¹ Научно-практический центр «Фтизиатрия», г. Якутск;

² Главное бюро МСЭ по РС (Я) Министерства труда РФ, г. Якутск

Введение. Инвалидность (стойкое снижение трудоспособности) обычно ассоциируется с пожилым возрастом. Но инвалидами по туберкулезу являются в

основном лица наиболее трудоспособного возраста, но имеющие низкий уровень жизни, зачастую имеющие алкогольную зависимость, возможно мигранты,