

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,

Возрастное и групповое распределение инвалидов вследствие туберкулеза

Годы		Всего инвалидов	Инвалиды от 18 до 44 лет			Инвалиды 45–54 лет (ж), 45–59 лет (м)			Инвалиды старше 55 лет (ж) и 60 лет (м)		
			I	II	III	I	II	III	I	II	III
2011 г.	Туберкулез, впервые выявленный	49	1	42	–	–	5	–	–	1	–
	из них туберкулез легких	47	1	42	–	–	4	–	–	–	–
	Туберкулез, повторное представление	125	4	72	21	3	15	7	1	1	1
	из них туберкулез легких	117	3	71	16	3	15	7	1	1	–
	Всего	174	5	114	21	3	20	7	1	2	1
2012 г.	Туберкулез, впервые выявленный	56	2	33	3	–	14	–	–	4	–
	из них туберкулез легких	43	2	28	2	–	9	–	–	2	–
	Туберкулез, повторное представление	130	4	82	14	1	19	8	–	2	–
	из них туберкулез легких	127	4	81	14	1	19	7	–	1	–
	Всего	186	6	115	17	1	33	8	0	6	0

лица без определенного места жительства, прибывшие из мест лишения свободы. Показатели частичной реабилитации и утяжеления инвалидности отражают процесс перетекания инвалидов из группы в группу.

Цель исследования. Изучить показатели реабилитации в динамике за 2011–2012 гг. среди инвалидов вследствие туберкулеза.

Результаты исследования. В Республике Саха (Якутия) заболеваемость туберкулезом трудоспособного населения в 2012 г. составила 93,8 на 100 тыс. населения, увеличившись с 2010 г. на 13,6%. Наиболее высокая заболеваемость трудоспособного населения в 2012 г. зарегистрирована в г. Якутске — 132,2 на 100 тыс. трудоспособного населения, что в 1,4 раза превышает аналогичный республиканский показатель (93,8).

Как видно из таблицы, инвалидами вследствие туберкулеза чаще признавались лица наиболее трудоспособного возраста (18–44 года) с преобладанием инвалидов II группы — 114 человек (65,5%) в

2012 г. и 115 человек (61,8%) — в 2011 г., в 3 раза реже устанавливалась III группа инвалидности (12,1% — в 2012 г. и 9,1% — в 2011 г.). I группа определялась у 1–5 освидетельствованных — 2,9% в 2012 г. и 3,2% — в 2011 году. Процент полной реабилитации среди всех представленных инвалидов в 2011 и 2012 гг. всего по республике составил соответственно 11,99 и 11,29%, а по туберкулезу — 0,92 и 0,69%. В динамике уровень полной реабилитации стабильно очень низкий, а в I и II группах практически нулевой (0,2–0,6%). Из числа реабилитированных 82–87% — это бывшие инвалиды III группы. Дереабилитация не имела определенной тенденции, в 2012 г. отмечались подъемы в двух арктических районах — Абыйском и Олекминском — с абсолютными максимумами 28,8 и 27,4%.

Заключение. «Входное» распределение инвалидов благоприятно с точки зрения потенциала полной реабилитации, так как более «тяжелая» I группа в разы меньше самой «легкой» III группы.

Задачи федеральных противотуберкулезных санаториев на современном этапе

М.Б. Петров, З.М. Закирова

Санаторий «Лесное»

В нашей стране, по сути, наступает **эпидемия туберкулеза с множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью**. В данных условиях федеральные санатории должны специа-

лизироваться на лечении и реабилитации наиболее сложных пациентов, требующих в большей степени медикаментозного лечения, нежели природно-климатических факторов, а также систематического инстру-