

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-

ментального контроля этого лечения, то есть стать лечебно-реабилитационными центрами. В штате такого учреждения должны быть специалисты разных профилей: пульмонолог, эндокринолог, реабилитолог, инфекционист, психолог, уролог, гинеколог и т. д.

Федеральные противотуберкулезные санатории должны взять на себя комплексное лечение и реабилитацию больных: после оперативных вмешательств по поводу туберкулеза, с сопутствующим сахарным диабетом, средними и тяжелыми формами токсического и вирусного гепатита, БА, ХОБЛ и др., тяжелыми и осложненными формами туберкулеза.

Приоритеты в согласовании направлений на лечение в федеральные санатории должны смещаться в сторону контингента больных туберкулезом с МЛУ и ШЛУ.

Для больных туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции в санаториях необходимо выделять отдельные блоки, а лучше — корпуса. Эту категорию больных фтизиатр должен вести совместно с инфекционистом.

Для решения поставленных задач необходимо срочно разработать концепцию долечивания и реабилитации больных туберкулезом на санаторном этапе сразу же после абациллирования их в противотубер-

кулезных диспансерах, а также дифференцированно-го подхода к направлению в туберкулезные санатории в зависимости от формы, фазы течения туберкулезно-го процесса, тяжести и специфики сопутствующих и фоновых заболеваний.

Максимальное использование возможностей санаториев позволит: продолжить/завершить курс контролируемого лечения по наиболее эффективному РХТ, подобранному в НИИ/ПТД, снизить риск рецидивов; отследить отдаленные результаты хирургического лечения; добиться повышения эффективности лечения больных туберкулезом на фоне тяжелых осложнений и сопутствующих заболеваний; постоянно внедрять и совершенствовать реабилитационные технологии; добиться восстановления трудоспособности и снижения уровня инвалидизации больных туберкулезом.

На основании этой концепции и современных клинических рекомендаций необходимо срочное создание соответствующей нормативно-правовой базы как для противотуберкулезных диспансеров, так и для туберкулезных санаториев (реабилитационных центров). Материалом к подготовке данного сообщения послужил анализ историй болезни 6225 пациентов санатория за 2011–2013 годы.

Эпидемиологический надзор за безопасностью противотуберкулезной вакцинации

М.А. Плеханова, О.А. Пасечник

Омская государственная медицинская академия

Введение. В напряженных эпидемиологических условиях вакцинация против туберкулеза является важной мерой профилактики специфического процесса, поэтому с целью оценки ее безопасности среди детей Омской области проведено настоящее исследование.

Материалы и методы. В основу исследования положены наблюдения за эпидемическим процессом туберкулезной инфекции в Омской области за период 2005–2013 годы. Объектами исследования явились 45 детей в возрасте до 14 лет (91,1% — дети раннего возраста), проживающих в Омской области, с установленным диагнозом «осложненное течение вакцинации БЦЖ (БЦЖ-М)» и 82 ребенка раннего возраста, больных туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в КУЗ ОО «Специализированная детская туберкулезная клиническая больница» за период 2005–2013 годы. В работе были использованы наблюдательные описательно-оценочные и аналитические

методы эпидемиологического исследования. Статистический анализ осуществлялся программой Biostat.

Результаты и их обсуждение. В группе детей, больных туберкулезом, вакцинировано было БЦЖ (БЦЖ-М) 78 детей (95,1%). Среди больных, не вакцинированных БЦЖ (БЦЖ-М), в 3 случаях (75%) регистрировали генерализацию специфического процесса, при этом при наличии противотуберкулезной вакцинации у детей в 3 раза реже формировался генерализованный или осложненный туберкулезный процесс ($\chi^2=2,726$; $p=0,099$). Установили, что среди всех привитых за анализируемый период детей раннего возраста Омской области заболело туберкулезом 0,05%, среди не привитых — 0,12%, что свидетельствовало о риске развития заболевания в 2,5 раза среди не вакцинированных БЦЖ (БЦЖ-М) детей ($z=14,651$; $p=0,000$).

За изучаемый период в Омской области выявлено 45 случаев осложненного течения вакцинации БЦЖ