

ловиях Крайнего Севера, основанный на разработках Якутского НИИ туберкулеза МЗ РСФСР. По сравнению с 1950 г. научно обоснованные комплексные мероприятия по борьбе с туберкулезом к 1990 г. позволили снизить заболеваемость туберкулезом в республике в 24,4 раза, а среди детей — в 55 раз. В настоящее время в период работы НПЦ «Фтизиатрия» головным учреждением противотуберкулезной службы республики регион имеет наименьшие эпидпоказатели по туберкулезу в Дальневосточном федеральном округе: смертность — в пределах 7 случаев на 100 тыс. населения, что в 3 раза ниже, чем в целом по ДФО, и в 1,5 раза ниже, чем по России, показатели заболеваемости и распространения туберкулеза ниже в 1,5 раза, чем в ДФО. Организация противотуберкулезной службы ориентирована на преодоление сложных региональных особенностей и условий: во всех 34 районах развернуты противотуберкулезные учреждения в виде районных ПТД с головным руководством ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия». Для профилактики туберкулеза у детей из групп риска работают 9 районных детских санаториев во главе с республиканским детским туберкулезным санаторием. Правительством республики в свое время было принято решение сохранить систему оказания противотуберкулезной помощи именно в данном формате для обеспечения доступности специализированной помощи на всей огромной территории.

Одной из первых в России в начале 90-х гг. Якутия разработала и приняла республиканскую целевую программу по защите населения от туберкулеза, которая успешно работает по настоящее время. В целом комплексные организационные мероприятия и реализация целевых программ с привлечением федеральных и республиканских средств и средств меж-

дународных партнеров позволили стабилизировать эпидситуацию туберкулеза в регионе. Противотуберкулезная служба имеет опыт работы в международных и российских проектах, начата работа проекта по трехстороннему соглашению с МВД, ФСИН и МЗ РС (Я), целью которой является повышение приверженности лечению и наблюдению больных туберкулезом, освободившихся из мест заключения. Проводится системная работа с общественной палатой республики, противотуберкулезная служба инициировала издание постановления главного санитарного врача об активном выявлении больных туберкулезом, предусмотрев при этом обязательные ежегодные сплошные флюорографические обследования всего населения. Для повышения контроля за качеством и эффективностью проведения противотуберкулезных мероприятий создана постоянно действующая комиссия Минздрава РС (Я), на которой отчитываются главные врачи ЦРБ и выносятся решения с представлением результатов главам административных территорий. По реализации распоряжения Правительства России «дорожной карты» с МЗ РС (Я) определены и согласованы с МЗ РФ прогнозные показатели по туберкулезу с учетом региональных особенностей с низкой плотностью населения. При этом предусмотрено значительное улучшение материально-технической базы, приобретение оборудования, внедрение новых технологий молекулярно-генетической диагностики МБТ, высокотехнологичных методов лечения.

Таким образом, организация защиты населения северных территорий от туберкулеза и других социально значимых инфекций является важной государственной задачей, в которую вовлечены различные вертикали исполнительной и законодательной власти.

Актуальные проблемы профилактики туберкулеза в регионах Крайнего Севера

Л.В. Лялина¹, Б.Б. Ли², Л.Г. Алейникова², М.Е. Игнатьева³

¹ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера, г. Санкт-Петербург;

² Ямало-Ненецкий окружной противотуберкулезный диспансер;

³ Управление Роспотребнадзора по Республике Саха (Якутия)

Введение. Туберкулез остается социально значимой проблемой для большинства регионов Российской Федерации (РФ), несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости населения, наметившуюся с 2010 года. В ряде субъектов сохраняются высокие уровни заболеваемости туберкулезом детей,

существенно превышающие показатели в среднем по стране.

Цель. Определить приоритетные направления эпидемиологических исследований для совершенствования системы надзора и профилактики туберкулеза в условиях Крайнего Севера.

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