

ствующая патология встречалась в 100% случаев, диссеминированным – в 87,5% случаев, у послеоперационных больных – в 80% случаев, туберкулезным плевритом – в 66,7% и инфильтративным туберкулезом – в 52,9% случаев. Достижение высокого уровня эффективности санаторного лечения в этих случаях базируется на оказании квалифицированной многопрофильной помощи больным туберкулезом, позволяющей осуществлять персональный подход к выбору программ реабилитации больных.

Выявлены социально-демографические предикторы достижения высокой эффективности санаторного лечения больных туберкулезом: достоверно чаще значительного улучшения (ЗУ) достигают больные, имеющие семью (60 при 28,6% в группе У; $p < 0,05$) и воспитывающие детей (50 и 14,3%; $p < 0,01$) при отсутствии влияния фактора наличия постоянной работы. Выявлено, среди оперированных больных максимального уровня реабилитации (ЗУ) в санатории достоверно чаще удается достичь в группе молодых больных 18-34 лет (59%) при 37% в группе 35-50-летних и только у 4% в старшей возрастной группе (> 50 лет).

Изучение показателей качества жизни выявило, что максимальный уровень эффективности санаторного лечения (ЗУ) достоверно чаще встречался

в группе больных с превалированием позитивных психоэмоциональных черт личности, что потенцировало в процессе лечения повышение общего качества жизни с нормализацией их психологической сферы, улучшением личных взаимоотношений и гармонизации отношения к окружающей среде.

Выводы.

1. Наиболее эффективно лечение в южном климатическом туберкулезном санатории в группе больных, поступивших после операции по поводу туберкулеза легких, и группе больных инфильтративным туберкулезом.

2. Основным фактором, определяющим высокую эффективность санаторного этапа лечения прооперированных больных, является минимальный интервал (2-3 мес.) между проведением операции и поступлением в санаторий.

3. Наиболее эффективно санаторное лечение в группе молодых оперированных больных, работающих, имеющих семью и детей.

4. Превалирование позитивных психоэмоциональных черт личности (по показателям качества жизни) лежит в основе восстановления психологического и профессионально-социального статуса больного в процессе лечения в южном туберкулезном санатории.

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН ЗА 2005-2014 гг.

ГУСЕЙНОВ Г. К.¹, АДЗИЕВ А. А.², ГИРЕЕВ Т. Г.¹, МУТАЛИМОВ М. А.¹, ПАХИЕВА Х. Ю.¹, ГУСЕЙНОВ А-К. Г.¹, АСХАБАЛИЕВ М. Г.², ТАГИРОВА П. И.², АХМЕДДИБИРОВА З. Р.²

CHANGES IN TB RATES IN DAGESTAN REPUBLIC IN 2005-2014

GUSEYNOV G. K.¹, ADZIEV A. A.², GIREEV T. G.¹, MUTALIMOV M. A.¹, PAKHIEVA KH. YU.¹, GUSEYNOVA-K. G.¹, ASKHABALIEV M. G.², TAGIROVA P. I.², AKHMEDDIBIROVA Z. R.²

¹ГБОУ ВПО «Дагестанская медицинская академия», г. Махачкала

²Республиканский противотуберкулезный диспансер МЗ РФ, г. Махачкала

¹Dagestan Medical Academy, Makhachkala, RF

²Republican TB Dispensary, Makhachkala, RF

После резкого ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу в постсоветском пространстве в 90-х годах прошлого века в начале XXI в. положение постепенно стабилизировалось. При этом улучшение эпидемиологических показателей в разных регионах Российской Федерации происходило неодинаковыми темпами. Дагестан оказался в числе тех регионов, где оно происходило более высокими темпами.

Цель: анализ динамики основных показателей по туберкулезу в Республике Дагестан за последние 10 лет (2005-2014 гг.), разработка мероприятий по их улучшению.

Материалы и методы. Проанализированы годовые отчеты республиканского противотуберкулезного диспансера и данные научных исследований сотрудников кафедры фтизиатрии Даггосмедакадемии.

Результаты. Как видно из таблицы, существенная положительная динамика отмечается почти по всем показателям, характеризующим эпидемическую ситуацию по туберкулезу в республике. Заболеваемость и распространенность снизились почти в 2 раза, смертность – в 3 раза, заболеваемость детей до 14 лет – в 4. Темпы снижения этих показателей существенно опережают динамику среднероссийских показателей за этот же период. Это особенно привлекает внимание в связи с тем, что ранее Дагестан долгое время был одним из неблагоприятных регионов Российской Федерации, в котором заболеваемость и распространенность туберкулеза в 1,5-2 раза превышали среднероссийские показатели.

Такую динамику объясняем, прежде всего, значительным улучшением материально-бытовых условий населения республики. Вторая причина – широкомасштабные мероприятия по оздоровлению животноводческих хозяйств республики от туберкулеза (выявление и забой 226 509 голов инфицированного крупного рогатого скота), после чего высеваемость микобактерий туберкулеза (МБТ) бычьего типа из мокроты больных, проживающих в Дагестане, снизилась с 20,5 до 8,9%. Тем не менее проблема эпизоотического неблагополучия по туберкулезу в республике не потеряла свою актуальность: с переходом животноводческих хозяйств в частные руки ветеринарная служба потеряла контроль над ними, высеваемость МБТ бычьего типа вновь увеличилась до 17,6%.

Третья причина позитивной динамики эпидемической ситуации – научные исследования по выявлению факторов и групп риска заболевания туберкулезом, преимущественно среди детей, подростков и женщин как наиболее уязвимого контингента, проведение адресных профилактических мероприятий. И, наконец, четвертая причина: де-

фицит туберкулезных коек в республике и низкий уровень фтизиохирургической службы последнее время компенсируются направлением на высокотехнологичную помощь в Москву и Санкт-Петербург – от 60 до 90 больных ежегодно.

Таблица демонстрирует и слабые звенья эпидемической ситуации по туберкулезу в республике: отсутствие синхронности с другими показателями снижения инвалидности по туберкулезу и стабильно высокий показатель инфицированности детей до 14 лет. Первое объясняем значительной долей бессрочных инвалидов, на сосоянии которых не отражаются положительные сдвиги; детская инвалидность, например, снизилась со 113 в 2005 г. до 17 в 2014 г. Что касается инфицированности детей, то здесь могут иметь место несколько причин. Последние годы наблюдаются сбои в снабжении туберкулином и диаскинтоном и снижение охвата туберкулинодиагностикой – с 95 до 83%, увеличивается частота отказов родителей от туберкулиновых проб и вакцинации.

Выводы.

Для дальнейшего улучшения эпидемической ситуации по туберкулезу первостепенными являются решения следующих задач:

1. Завершение строительства Махачкалинской туберкулезной больницы на 320 коек с хирургическим корпусом и оснащением его современным оборудованием.
2. Продолжение научных исследований по выявлению ведущих факторов риска заболевания туберкулезом, прежде всего у детей и подростков, и проведение на их основе адресных противотуберкулезных мероприятий.
3. Возобновление контроля за эпизоотией туберкулеза в республике и проведение совместных с ветеринарной службой профилактических мероприятий.

Таблица

Эпидемиологические показатели 2005-2014 гг.

Показатели	Годы									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Заболеваемость	59,2	62,2	59,5	59,4	59,7	50,9	39,4	39,4	35,8	33,9
Распространенность	220,8	208,7	183,5	168,1	161,6	151,2	125,1	118,6	114,2	107,2
Смертность	12,5	12,0	10,9	10,8	8,9	7,9	6,6	4,9	5,9	4,2
Инвалидность	35,2	32,9	31,3	28,6	25,9	26,2	24,7	23,8	23,1	22,4
Заболеваемость детей до 14 лет	21,1	19,8	15,7	12,7	12,2	9,7	7,1	6,2	5,3	5,0
Инфицированность детей до 14 лет	25,5	26,5	29,7	27,3	32,8	24,6	28,7	36,2	35,4	32,3