



**ДЕПАРТАМЕНТ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ**

ул.1-я Морская, 2, г. Владивосток, 690007
Телефон: (423) 241-35-14, факс: (423) 241-28-94

E-mail: dza@primorsky.ru

ОКПО 00089572, ОГРН 1072540000103

ИНН/КПП 2540018454/254001001

31.01.2012 № 17/530

На 13-15/24 от 25.01.2012 г.

Председателю комитета по
социальной политике и защите
прав граждан Законодательного
Собрания Приморского края

И.С.Чемерис

Уважаемый Игорь Святославович!

Департамент здравоохранения Приморского края по вопросу «О ситуации по распространению туберкулеза в Приморском крае» сообщает следующее.

В Дальневосточном Федеральном округе изначально сложилась неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулезу. Основные статистические показатели в Приморском крае всегда превышали средний Российский уровень. Это обусловлено особенностями климатических условий, сложной демографической ситуацией, связанной с высокой миграцией населения, низким уровнем жизни сельского населения, значительным числом больных, отбывающих уголовное наказание в учреждениях ГУФСИН, которые после освобождения остаются в крае, значительной долей больных туберкулезом с низкой мотивацией и приверженностью к лечению.



Несмотря на наметившуюся в 2010 году тенденцию к снижению заболеваемости туберкулезом, показатель заболеваемости туберкулезом остается высоким по сравнению со среднероссийским уровнем. В 2010 году показатель заболеваемости превышал среднероссийский в 2,6 раза. Показатель заболеваемости туберкулезом в 2011 году составил 169,4 на 100 тысяч населения, снизился на 15,4% по сравнению с 2010 годом.

В 2010 показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением составил 86,1 на 100 тысяч населения (РФ – 31,6), в 2011 – 70,1 на 100 тысяч населения. Заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью в 2010 году составила 11,1 случая на 100 тыс. населения, что превысило среднероссийский показатель в 2,8 раза.

Больные фиброзно-кавернозным туберкулезом (далее – ФКТ) легких – наиболее опасный в эпидемиологическом отношении контингент. Доля ФКТ от всех впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составила в 2010 году - 3,8%, 2011 году – 4,3% (индикатор - 2,0%), что является одним из признаков ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу в крае.

По-прежнему существенное влияние на территориальный показатель заболеваемости оказывает число больных туберкулезом, выявленных медицинскими учреждениями ФСИН. В 2010-2011 годах доля этой группы больных составила 13,3-13,5% от всех впервые выявленных туберкулезом в крае. В 2010-2011 годах из учреждений ФСИН освобождено 291-288 больных с активным туберкулезом, при этом «доходят» до фтизиатра только 78%.

Показатели детской и подростковой заболеваемости туберкулезом в 2010 году превышали среднероссийский в 3,7 (56,0 на 100 тысяч населения) и 2,5 (91,7 на 100 тысяч населения) раза соответственно. Детская заболеваемость в 2011 году в крае составила 36,0 на 100 тысяч населения, подростков – 63,1 на 100 тысяч населения. Около 60% детей и подростков, заболевших туберкулезом, проживают в социально дезадаптированных семьях с низким уровнем жизни.

Всего от туберкулеза в 2010 г. умерло 574 человека. Смертность от туберкулеза в 2010 г. составила 28,9 на 100 тысяч населения, что превысило

среднероссийский показатель в 2 раза. Среди умерших от туберкулеза наблюдается нарастание доли неработающего населения (71,3%).

Всего от туберкулеза в 2011 г. умерло 546 человек (2010 год – 574 человека). 86% приходится на долю умерших от туберкулеза в трудоспособном возрасте, 73% - неработающее население.

Значительное влияние на величину показателя смертности оказывают позднее обращение за медицинской помощью лиц из социально дезадаптированных групп населения, а также низкая эффективность лечения впервые выявленных больных, связанная с самовольным прерыванием курса лечения и увеличением лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Распространенность туберкулеза в 2010 году в крае составила 367,2 на 100 тысяч населения, что превысило средний показатель по РФ в 2,1 раза. Высокие показатели распространенности бациллярных и деструктивных форм туберкулеза, распространенности фиброзно-кавернозного туберкулеза негативно отражаются на эпидемической ситуации по туберкулезу, создают опасность распространения инфекции среди населения края.

Всего на начало 2011 года число лиц, проживающих в контакте с больными, выделяющими микобактерии туберкулеза, составило 8690 человек, из них взрослых - 5888, детей и подростков - 2802. Из контактных заболело 82 человека, в т.ч. взрослых - 35, детей и подростков – 47. Заболеваемость взрослых из контакта составила 141,9 на 100 тысяч населения (РФ – 70,8), детей 423,7 (РФ -222,4).

В 2010 году в стационары туберкулезных учреждений госпитализировано 75,3% впервые выявленных больных (РФ - 85,3%). Клиническое излечение впервые выявленных больных составило 53,7%, прекращение бактериовыделения достигнуто у 61,4%, закрытие полостей распада у 45,3% больных.

Результативность лечения в условиях стационара (интенсивная фаза) значительно превышает конечные показатели эффективности лечения. Абациллирование достигается у 80% пролеченных в стационаре больных, закрытие полостей распада - у 61%. Ухудшение конечных результатов лечения на амбулаторном этапе (фаза продолжения) связано, прежде всего, с прерыванием курса

лечения и отказом от лечения больных из социально-дезадаптированных групп населения. В 2010 году на амбулаторном этапе продолжили лечение 85,6% больных, из них периодически прерывали лечение – 37,0%, отказались – 11,5%.

Причинами досрочного прерывания лечения, как правило, являются социальные факторы (злоупотребление алкоголем, наркомания, пребывание в прошлом в местах заключения, сложные бытовые и материальные условия, отсутствие адресной социальной поддержки больных туберкулезом, отдаленность противотуберкулезного диспансера от места проживания и др.).

Одной из основных причин сложившейся эпидемиологической ситуации является отсутствие на территории Приморского края специализированного стационара закрытого типа для госпитализации, по решению суда, больных с заразными формами туберкулеза, уклоняющихся от лечения.

Недостаточно эффективно разработан механизм реализации статьи 10 Федерального закона от 18.06.2011 г. № №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Исполнение решений суда о принудительной госпитализации возложено на судебных приставов. В 2011 в территории подано в суд 95 исковых заявлений. Рассмотрено 78 дел, принято 72 решения о принудительной госпитализации, привлечено 67 больных к лечению, что составило 70% от числа поданных исков. Из них, после принудительной госпитализации, около 70% самовольно покидают стационар до окончания основного курса лечения.

Директор департамента

В.В.Кузнецов

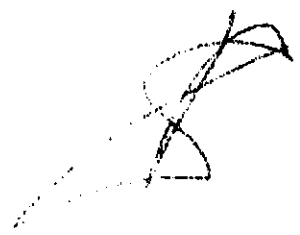
лечения и отказом от лечения больных из социально-дезадаптированных групп населения. В 2010 году на амбулаторном этапе продолжили лечение 85,6% больных, из них периодически прерывали лечение – 37,0%, отказались – 11,5%.

Причинами досрочного прерывания лечения, как правило, являются социальные факторы (экономические: алкоголем, наркомания, пребывание в прошлом в местах заключения, сложные бытовые и материальные условия, отсутствие адресной социальной поддержки больных туберкулезом, отдаленность противотуберкулезного диспансера от места проживания и др.).

Одной из основных причин сложившейся эпидемиологической ситуации является отсутствие на территории Приморского края специализированного стационара закрытого типа для госпитализации, по решению суда, больных с заразными формами туберкулеза, уклоняющихся от лечения.

Недостаточно эффективно разработан механизм реализации статьи 10 Федерального закона от 18.05.2011 г. № №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Исполнение решений суда о принудительной госпитализации возложено на судебных приставов. В 2011 в территории подано в суд 95 исковых заявлений. Рассмотрено 78 дел, принято 72 решения о принудительной госпитализации, привлечено 67 больных к лечению, что составило 70% от числа позитивных исков. Из них, после принудительной госпитализации, около 70% самовольно покидают стационар до окончания основного курса лечения.

Директор департамента



В.В.Кузнецов