

других формируются малые формы, а у третьих развивается тяжелый и быстро прогрессирующий процесс. Механизмы первичного генетически обусловленного иммунитета только начинают изучать. Те факторы иммунитета, которые уже исследованы и недостаточность которых выявляют у тяжелых больных, являются, скорее, следствием интоксикации, а не причиной тяжелого течения болезни, так как они нормализуются по мере излечения. По-видимому, первичный генетически обусловленный иммунодефицит и определяет так называемую предрасположенность к заболеванию туберкулезом. Реализация же этой предрасположенности зависит от внешних факторов, в том числе от уже известных факторов риска.

В свете изложенного становится понятным, почему на фоне снижения общей заболеваемости населения туберкулезом заболеваемость его деструктивными формами длительно не снижалась и даже росла и лишь затем стабилизировалась. Это может быть связано с тем, что среди населения не только не уменьшается, а значительно усиливается значение таких факторов риска, как напряженность жизни, нерегулярность и некачественность питания, заболевания желудочно-кишечного тракта, диабет, профессиональные вредности и, особенно, алкоголизм. Немалую роль, несомненно, играет увеличение среди населения числа лиц старческого возраста, у которых может быть возрастное угнетение механизмов иммунной защиты.

В последние годы рост заболеваемости туберкулезом связывают с ухудшением уровня жизни населения. Действительно, в 1993—1994 гг. показатель

общей заболеваемости туберкулезом населения г. Казани увеличился соответственно до 45 и 50,6, а деструктивными формами — до 13,5 и 16,5 на 100 тысяч, то есть достиг уровня второй половины 70-х годов. В 1995 г. дальнейший рост заболеваемости продолжался. Однако в эти показатели включены данные о заболевших иммигрантах, число которых в последние годы резко возросло. В западных странах иммигрантов из числа заболевших принято исключать и регистрируется заболеваемость только собственного населения. В силу этого констатировать рост заболеваемости туберкулезом или отсутствие такового среди собственного населения г. Казани не представляется пока возможным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меве Е.Б. // Пробл. туб. — 1984. — № 3. — С. 3—5.
2. Томан К. Туберкулез: выявление и химиотерапия. — Женева, 1980.
3. Юкелис Л.И. Флюорография легких. — М., 1988.

Поступила 15.12.95.

SICKNESS RATE OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AS AN IMPORTANT EPIDEMIOLOGIC INDEX

G.A. Smirnov, R.A. Kalyamova, I.M. Kazakov

Summary

The analysis of the general sickness rate of tuberculosis and its destructive forms for one hundred thousand people in Kazan for 30 years is performed, and the number of deaths in the first observation year in percent for the general number of persons with tuberculosis and for the number of persons with destructive pulmonary tuberculosis is determined. The epidemiologic situation can be judged from the sickness rate index of destructive forms of the disease and from the number of deaths in the first observation year in percent for the persons fell ill for the first time.

УДК 616—002.5(470.343)

СТАНОВЛЕНИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

М.И. Васильев, В.П. Рассанов, Л.В. Фурина

Республиканский противотуберкулезный диспансер
(главврач — канд. мед. наук М.И. Васильев), г. Йошкар-Ола

С развитием сети учреждений здравоохранения Марийской республики в 1926 г. было открыто туберкулезное отделение на 15 коек с одним врачом. В дальнейшем с призывом врачей-фтизиатров число коек постепенно увеличивалось.

К концу 1961 г. в республике функционировало 1265 коек и трудились 75 врачей-фтизиатров. Большое внимание уделялось повышению квалификации врачей, особенно в тот период, когда в организации противотуберкулезной

службы в республике консультативную помощь стал оказывать Казанский государственный медицинский институт при участии заведующего кафедрой туберкулеза проф. Б.Л. Мазура. В 1962 г. руководство фтизиатрической службой в республике переходит к Московскому научно-исследовательскому институту туберкулеза МЗ РСФСР.

В последующие годы в республике Марий Эл были разработаны и апробированы новые методы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза. В 1961—1962 гг. изучен и обоснован метод внутрикожной вакцинации против туберкулеза среди сельских жителей. В 1962—1963 гг. было привито более 80 тысяч детей и подростков, что позволило в дальнейшем резко снизить показатель заболеваемости детей туберкулезом. В течение 10 лет, начиная с 1963 г., под руководством научного сотрудника НИИ туберкулеза МЗ РСФСР М.В. Шиловой был проведен картотечный учет населения с целью выявления, отбора и определения групп с повышенным риском заболевания туберкулезом и организации массового обследования населения методом флюорографии.

В 1966 г. в республике была внедрена новая организационная форма противотуберкулезной работы — централизация бактериологического обследования на туберкулез. При Республиканском противотуберкулезном диспансере впервые в России создана централизованная бактериологическая лаборатория, что позволило увеличить объем исследований, улучшить качество работы, обеспечить контроль за своевременным подтверждением туберкулеза. Все это дало возможность целенаправленно и своевременно выявлять туберкулезный процесс с последующим централизованным контролем за диагностикой вновь обнаруженных больных. С 1975 г. во всех районах республики стали созда-

вать флюорокартотеки, включавшие все флюорограммы в специальных конвертах за все годы обследования больных, при этом на вновь выявленных лиц заполнялось извещение по специально разработанной форме, утвержденной Минздравом СССР. Больные с туберкулезом легких должны были проходить обязательное рентгеномографическое обследование с 3—6-кратным анализом выделений из бронхов на 2—3 питательных средах.

С развитием бактериологических исследований патологического материала на питательных средах, тестирования штаммов микобактерий стало возможным более четко определять кислотоустойчивые микобактерии туберкулеза и отказаться от рутинных методов, применяемых фтизиатрами России. Для этого в диспансере изучен и внедрен в практику новый подход к сбору мокроты (выделений из бронхов), оформленный в виде памятки. В ней обращено внимание на качество сбора мокроты с обязательным условием в день обследования не полоскать рот и не чистить зубы, не принимать антибиотиков. При отсутствии мокроты рекомендовано сдать на исследование слюну после глубокого вдоха и двух-трех покашливаний в стерильный флакон.

В результате этой работы в республике Марий Эл туберкулез не подтвердился бактериологически лишь у 17,1—37,5% вновь выявленных больных (см. табл.).

Одновременно с увеличением числа коек повышалась квалификация врачей-фтизиатров, особенно в ходе научно-поисковой работы. Результаты этих исследований стали обобщать в виде статей, опубликованных в сборниках, журналах. Так, за 1964—1965 гг. было опубликовано 86 статей по проблемам туберкулеза. Кроме того, подготовлены и защищены докторская диссертация сотрудниками Московского НИИ туберкулеза и 9 кандидатских диссертаци-

Бактериологическое подтверждение туберкулеза легких у вновь выявленных больных в республике Марий Эл за 1975—1995 гг.

Вновь выявленные больные	Г О Д Ы				
	1975	1980	1985	1990	1995
Всего:	381	288	270	182	289
из них, абс.	238	205	224	151	231
с БК (+), %	62,5	71,2	82,9	82,9	79,9

ций практическими врачами (Л.М. Плотникова, В.М. Котельников, М.И. Васильев, О.В. Лебедева, Р.А. Каллямова, Э.В. Кобзев), сотрудниками Московского научно-исследовательского института туберкулеза (М.В. Шилова), Центрального научно-исследовательского института туберкулеза (М.П. Алтынова) и Саратовского медицинского института (Е.Я. Потапова).

В результате этих работ стало повышаться качество диагностики и лечения туберкулеза, что нашло отражение в независимой экспертной интегральной оценке основных показателей, данной сотрудниками научно-организационного отдела Московского науч-

но-исследовательского института фтизиопульмонологии и Оренбургского областного противотуберкулезного диспансера. Республика Марий Эл была признана одной из лучших в плане качества диагностики и лечения туберкулеза. В настоящее время требуется сократить время, необходимое для подтверждения диагноза туберкулеза (в первые 2—3 дня после его обнаружения), особенно путем прямой микроскопии по методу Циля—Нильсена. В связи с этим республика Марий Эл готова приступить к реализации программы ВОЗ и проведению краткосрочной химиотерапии выявленных больных.

Поступила 26.01.96.

УДК 614.2 (470.41)

КОНЦЕПЦИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

А.Н. Галиуллин

*Кафедра социальной медицины и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н. Галиуллин)
Казанского государственного медицинского университета*

Современное состояние здравоохранения Республики Татарстан определяется процессами реформирования в системе здравоохранения Российской Федерации, с одной стороны, и в самой республике — с другой. Опрос общественного мнения, проведенный в республике в 1991 г., показал, что 80% из числа опрошенных в разных районах не были удовлетворены деятельностью органов здравоохранения, лишь 70% пациентов считали себя юридически защищенными, 90% — выступали за право выбора ЛПУ и врача, 65% — предлагали ввести частную практику. Все это было связано с возросшим дефицитом медикаментов, низким уровнем лабораторно-технического оснащения, снижением качества и доступности медицинской помощи, расширением объема платных услуг.

Бюджет здравоохранения республики на сегодня составляет не более 50% от минимального необходимого уровня. Функция некоторых ведущих больниц г. Казани и участковых больниц в районах из-за недостатка средств редуцирована. Финансовый дефицит, резкий рост стоимости поддержания лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях, трудности

в лекарственном и материально-техническом обеспечении привели к уменьшению во многих районах РТ объема медицинской помощи населению. Это существенным образом отразилось на здоровье жителей республики.

В последние пять лет в РТ имеет место резкое снижение уровня здоровья населения. Демографические показатели начиная с 1989 г. неуклонно ухудшаются. Так, если показатель рождаемости в 1989 г. составлял 17, то в 1994 г. — 10,3 на 1000 населения, причем смертность за это время увеличилась с 9,5 до 12 на 1000 населения, младенческая же смертность — с 15,9 до 19,9 на каждые 1000 родившихся.

Ежегодно происходит более 16000 смертельных случаев среди людей трудоспособного возраста. Число произведенных аборт на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет достигает в РТ 102 (на одни роды приходится 2 аборта), в то время как в экономически развитых странах, например в Нидерландах, — 5,6, в Канаде — 10,2, во Франции — 14,9, в США — 27,4. Число бесплодных браков в РТ составляет 12%. Существует еще одна социальная проблема — внебрачная рождаемость (13,7%). Материнская смертность в нашей республике выше