

ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ НА ТЕРРИТОРИИ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Н. Корецкая¹, доктор медицинских наук, профессор,

Е. Гринь², кандидат медицинских наук,

А. Наркевич¹, кандидат медицинских наук

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Клиническая больница №51 ФМБА России, Красноярский край, Железногорск

E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

На основании анализа случаев смерти от туберкулеза легких в 1-й год наблюдения и посмертной его диагностики на территории с низким уровнем заболеваемости предложены пути улучшения работы по активному выявлению туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез легких, активное выявление, диагностика, летальные исходы.

Среди городов России особое место занимают закрытые города, для которых градообразующим фактором явились предприятия оборонной промышленности, созданные в 40–50-е годы XX века. Такие города входят в состав закрытых административно-территориальных образований (ЗАТО), включающих в себя также несколько сел и поселков, т.е. в них имеется не только городское, но и сельское население. ЗАТО характеризуются ограниченной внешней миграцией населения, достаточно развитой инфраструктурой, лучшим материальным и социальным обеспечением, а также относительно невысокими эпидемиологическими показателями по туберкулезу [1, 2]. Так, в ЗАТО Железногорск, входящем в состав Красноярского края, средний показатель заболеваемости туберкулезом составил 29,8 на 100 тыс. населения как в период нарастания напряженности эпидемиологической обстановки в стране и в Красноярском крае (1993–2000), так и при ее улучшении (2008–2013). Несмотря на сохраняющиеся на относительно невысоком уровне средние показатели заболеваемости, средний показатель смертности от туберкулеза в ЗАТО Железногорск за эти периоды увеличился с 1,8 до 4,7 на 100 тыс. населения, а с 2003 г. стали ежегодными единичные случаи смерти от туберкулеза в 1-й год после его выявления и случаи посмертной диагностики заболевания, что свидетельствует о снижении качества активного выявления специфического процесса.

В литературе достаточно подробно отражены как динамика смертности от туберкулеза в разных регионах [3, 4] и в целом по России [5], так и причины смерти больных [6, 7]. При этом лишь в единичных работах отдельно анализируются летальные исходы туберкулеза в 1-й год после его выявления

[4, 8] либо случаи посмертной диагностики [4]. Однако анализ именно этих летальных исходов позволяет судить о качестве активного выявления туберкулеза, а также вскрыть причины несвоевременного и позднего обнаружения специфического процесса. При этом мы не встретили в литературе работ, освещающих данную проблему на территориях с низким уровнем заболеваемости туберкулезом, в частности в ЗАТО.

Мы проанализировали случаи смерти от туберкулеза в 1-й год диспансерного наблюдения и посмертной диагностики данного заболевания на территории с низким уровнем заболеваемости и на основании полученных данных наметили пути повышения качества выявления специфического процесса.

Анализируются данные из историй болезни всех умерших от туберкулеза в 1-й год наблюдения и протоколов патологоанатомического вскрытия при посмертной диагностике специфического процесса в ЗАТО Железногорск в 1993–2013 гг. Всего проанализировано 32 случая; 21 больной умер в 1-й год диспансерного наблюдения, в остальных случаях диагноз туберкулеза был поставлен посмертно.

Анализ данных осуществлялся с использованием статистического пакета StatSoft Statistica v.6. Все данные представлены в виде процентных долей и их ошибок ($M \pm m$).

Установлено, что большинство (65,6±8,4%) умерших от туберкулеза – мужчины. Наибольшую долю – 34,4±8,4% – составляли лица в возрасте 60 лет и старше и 40–49 лет – 28,1±7,9%. Каждый 4-й умерший был в возрасте до 40 лет (20–29 лет – 6,3±4,3%, 30–39 лет – 18,8±6,9%). Следует отметить, что, по нашим данным, доля лиц старшей возрастной группы была в 3 раза больше, чем на территории с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу [8].

Подавляющее большинство умерших (93,8±4,3%) относились к неорганизованному населению: пенсионеры – 34,4±8,4%, неработающие лица трудоспособного возраста – 59,4±8,7%. Лишь 6,2±4,3% работали; это были некалвалифицированные работники недекретированных профессий.

Обращает на себя внимание образовательный уровень умерших: образование не выше среднего имели 77,4±7,4%, остальные 22,6±7,4% – среднее специальное, что косвенно характеризует невысокий уровень их культурной и санитарной грамотности [9]. В городе проживали 53,1±8,8%, остальные – в селах и поселках, входящих в состав ЗАТО. Лица без определенного места жительства (БОМЖ) составили 12,5±5,8%. Контакт с больными туберкулезом в анамнезе имели 28,1±7,9%, причем $\frac{3}{4}$ из них – в пенитенциарных учреждениях.

Анализ сроков прохождения флюорографического обследования, предшествующего выявлению заболевания, показал, что >2 лет оно не проводилось у 75,0±7,7% умерших; последнее подчеркивает важность регулярного прохождения данного обследования для предотвращения летальных исходов при впервые выявленном туберкулезе. Необходимо отметить, что 87,5±5,8% злоупотребляли алкоголем, 65,6±8,4% имели хронический бронхит курильщика, 9,4±5,2% употребляли наркотические средства. Однако ни один из умерших не был включен в группу повышенного риска по заболеванию туберкулезом и не наблюдался в этом качестве. Эти данные свидетельствуют о недостаточной работе врачей общей лечебной сети и наркологической службы по формированию групп риска заболевания туберкулезом.

Следует подчеркнуть, что у большинства больных, умерших в 1-й год наблюдения (78,1±7,3%), имелись клинические проявления заболевания, однако 45,5±8,8% из них не обращались к врачу >3 мес после появления симптомов. Столь позднее обращение за медицинской помощью связано, на наш взгляд,

с не критичным отношением к своему здоровью, а также с неспецифичностью симптомов туберкулеза (см. рисунок) и их развитием на фоне хронического бронхита, интоксикации алкоголем, наркотическими средствами.

В структуре клинических форм у умерших 1-е место занимала диссеминированная форма туберкулеза (65,6±8,4% случаев), 2-е — инфильтративная (15,6±6,4%); на долю казеозной пневмонии и фиброзно-кавернозного туберкулеза приходилось по 9,4±5,2%. По нашим данным, структура клинических форм туберкулеза у умерших значительно отличалась от приводимой другими авторами для территорий с высоким показателем заболеваемости: там 1-е и 2-е места занимали казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез (соответственно 40,5 и 36,3%) при удельном весе диссеминированного туберкулеза 21,1%, инфильтративного — 1,6% [8].

У подавляющего большинства умерших (93,8±4,3%) наблюдались распространенные поражения, захватывающие >1 доли легкого; у 71,9±7,9% процесс сопровождался деструкцией легочной ткани. У 90,5±6,1% умерших в 1-й год наблюдения имело место бактериовыделение, определяемое методом микроскопии по Цилю—Нильсену, т.е. они представляли высокую эпидемиологическую опасность для окружающих.

Непосредственными причинами смерти в 96,9±3,1% случаев было прогрессирование туберкулеза в сочетании с легочно-сердечной недостаточностью, в 3,1±3,1% — профузное легочное кровотечение, и эти причины не отличались от таковых на других территориях [8], т.е. они не зависят от эпидемической ситуации, а связаны с несвоевременным и поздним выявлением специфического процесса, что обусловлено недостатками работы по активному выявлению туберкулеза среди определенных категорий населения.

Таким образом, на территории с низким уровнем заболеваемости 93,8% летальных исходов при впервые выявленном туберкулезе легких приходится на неорганизованную часть населения с невысоким образовательным уровнем, а среди них >1/3 — на долю лиц в возрасте 60 лет и старше. Почти во всех случаях летальных исходов (90,5%) имело место несвоевременное и позднее выявление специфического процесса, связанное с нарушением сроков прохождения проверочного флюорографического обследования, регламентированных нормативными документами, и с поздним, несмотря на наличие симптомов заболевания, обращением за медицинской помощью. Для снижения числа случаев смерти от туберкулеза в 1-й год диспансерного наблюдения, а также посмертной диагностики заболевания необходима оптимизация работы по формированию групп повышенного риска заболевания туберкулезом, а также по активному его выявлению среди населения ЗАТО путем привлечения на регулярные флюорографические осмотры лиц, проживающих в селах и поселках, входящих в его состав, неработающего населения трудоспособного возраста, особенно при наличии таких повышающих риск факторов, как злоупотребление алкоголем; пребывание ранее в пенитенци-



арных учреждениях; возраст 60 лет и старше; принадлежность к категории БОМЖ; непрохождение флюорографии в течение >2 лет. Необходима также работа по повышению санитарной грамотности населения по вопросам туберкулеза.

Литература

1. Корецкая Н.М., Гринь Е.Н. Клинико-социальные параллели у больных туберкулезом легких, проживающих в двух городах Красноярского края // Сибирское медицинское обозрение. — 2008; 6: 85–8.
2. Пономарева Т.А., Асаинова Н.К., Михайлова И.В. и др. Оценка эпидемиологической ситуации туберкулезной инфекции г. Северска. Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сборник трудов международной научно-практической конференции. Томск, 2004; 38–9.
3. Аминов Е.К., Гольянова К.И., Аминов Х.К. и др. Смертность от туберкулеза органов дыхания в крупном промышленном городе // Туберкулез и болезни легких. — 2013; 3: 26–30.
4. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Черняев И.А. и др. Влияние социально-экономических факторов на смертность населения от туберкулеза на Урале // Сибирский медицинский журнал (Томск). — 2011; 26 (2): 151–8.
5. Нецаева О.Б., Скачкова Е.И., Кучерявая Д.А. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. — 2013; 12: 40–9.
6. Ерохин В.В., Пунга В.В., Скачкова Е.И. и др. Анализ причин смертности больных туберкулезом. Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. СПб, 2010; с. 40.
7. Майская М.Ю. Анализ летальности больных туберкулезом по данным протоколов патологоанатомических исследований. Материалы II конгресса национальной ассоциации фтизиатров. СПб, 2013; с. 45–6.
8. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф., Байбородова Т.И. Летальные исходы от туберкулеза в первый год после выявления // Туберкулез и болезни легких. — 2011; 8: 41–3.
9. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Жернакова Г.Н. Социальные аспекты информированности по вопросам туберкулеза // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. — 2012; 21: 163–7.

FATAL OUTCOMES OF FIRST DIAGNOSED PULMONARY TUBERCULOSIS IN ITS LOW-INCIDENCE AREA

Professor **N. Koretskaya**¹, MD; **E. Grin**², Candidate of Medical Sciences; **A. Narkevich**¹, Candidate of Medical Sciences

¹Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²Clinical Hospital Fifty-One, Federal Biomedical Agency of Russia, Zheleznogorsk, Krasnoyarsk Territory

Ways of improving work on active detection of pulmonary tuberculosis are proposed on the basis of an analysis of deaths from the disease during the first year of a follow-up and its postmortem diagnosis in its low-incidence area.

Key words: pulmonary tuberculosis, active detection, diagnosis, fatal outcomes.