

11. CAT (COPD Assessment Test) [Internet]. 2012 [cited 08.04.13]. Available from: www.catestonline.org/english/index_Russia.htm (in Russian).
12. GOLD — the new international program on COPD [Internet]. 2013 [cited 08.04.13]. Available from: http://www.rmj.ru/articles_1325.htm (in Russian).
13. Hnizdo E., Sullivan P.A., Bang K.M., Wagner G. Association between chronic obstructive pulmonary disease and employment by industry and occupation in the US population: a study of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am. J. Epidemiol.* 2002; 156: 738—46.
14. Silva G.E., Sherrill D.L., Guerra S., Barbee R.A. Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study. *Chest.* 2004; 126: 59—65.
15. Vonk J.M., Jongepier H., Panhuysen C.I., Schouten J.P., Bleecker E.R., Postma D.S. Risk factors associated with the presence of irreversible airflow limitation and reduced transfer coefficient in patients with asthma after 26 years of follow up. *Thorax.* 2003; 58: 322—7.

Поступила 01.02.13

© Н.М. КОРЕЦКАЯ, А.Н. НАРКЕВИЧ, 2013

УДК 614.2:616.24-002.5-06-084

Н.М. КОРЕЦКАЯ, А.Н. НАРКЕВИЧ

Мероприятия по улучшению активного выявления туберкулеза органов дыхания у лиц с сопутствующими заболеваниями

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Минздрава России, 660022, Красноярск

Проанализированы 234 случая впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у лиц с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска. Установлены более частое выявление туберкулеза при обращении за медицинской помощью, тяжелая структура клинических форм и картина специфического процесса. Несвоевременное выявление туберкулеза органов дыхания отмечено более чем у половины больных, а у 8,6% — позднее выявление, что в значительной мере связано с нарушением регламентированных нормативными документами сроков проведения флюорообследования. Предложены мероприятия, направленные на повышение количественных и качественных показателей активного выявления туберкулеза среди лиц с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска.

Ключевые слова: туберкулез органов дыхания; выявление; заболевания группы риска

THE ACTIVITIES ON ENHANCEMENT OF ACTIVE DETECTION OF TUBERCULOSIS OF RESPIRATORY SYSTEM IN PATIENTS WITH CONCOMITANT DISEASES

N.M. Koretskaya, A.N. Narkevich

The V.F. Voynyo-Yasenetskiy Krasnoyarsk state medical university of Minzdrav of Russia, 660022 Krasnoyarsk, Russia

The sampling of 234 cases of primarily detected tuberculosis of respiratory system in patients with concomitant diseases from higher risk group was analyzed. The more frequent detection of tuberculosis at the visit for medical care, severe structure of clinical forma and picture of specific process are established. The untimely detection of tuberculosis of respiratory system was noted in more than a half of patients and the later detection took place in 8.6% of patients. This occurrence is mainly related to violation of the period of application of fluorography regulated by normative documents. The measures are proposed to increase the qualitative and quantitative indicators of active detection of tuberculosis among patients with concomitant diseases from the higher risk group.

Key words: tuberculosis; respiratory system; detection; diseases of risk group

Для усиления мер по стабилизации и дальнейшему улучшению ситуации по туберкулезу в рамках национального проекта "Здоровье" сохраняется приоритетность профилактической направленности в деятельности учреждений здравоохранения, а именно активного раннего выявления и предупреждения распространения этого заболевания в Российской Федерации [11]. В связи с этим в число критериев эффективности деятельности участкового врача-терапевта и семейного врача, согласно разработанному и утвержденному нормативным документам [7, 8], входят показатели, характеризующие уровень профилактики туберкулеза как социально значимого заболевания. Среди этих критериев прежде всего следует отметить полноту охвата флюорографическим и бактериоскопическим обследованием более 90% от числа подлежащих лиц, а также отсутствие запущенных форм туберкулеза [7, 8].

Особый акцент делается на улучшение качества выявления туберкулеза за счет усиления работы медицинского персонала учреждений первичной медико-санитарной помощи с медицинскими и социальными группами риска [9]. Одну из медицинских групп риска составляют лица, состоящие на диспансерном учете в данных учреждениях по поводу таких заболеваний, как сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), психические заболевания, алкоголизм, наркомания и ВИЧ-инфекция. Среди лиц с вышеуказанной патологией заболеваемость и выявляемость туберкулеза органов дыхания значительно выше, чем в популяции [2, 3], а специфический процесс характеризуется более тяжелым течением [1, 5]. В связи с этим всестороннее изучение выявления туберкулеза органов дыхания среди лиц с сопутствующими заболева-

ниями группы повышенного риска, представляется нам актуальной проблемой.

Цель исследования — вскрыть причины несвоевременного и позднего выявления туберкулеза органов дыхания у лиц с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска и на основании полученных данных разработать мероприятия, направленные на повышение количественных и качественных показателей активного выявления специфического процесса среди населения данной категории.

В разработку взяты данные о 234 больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания. Все больные проходили стационарный этап лечения в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1 в 2007—2011 гг. Критерием отбора являлось наличие заболеваний, относящихся к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом, среди которых удельный вес ВИЧ-инфекции составил $47,4 \pm 3,3\%$, сахарного диабета — $31,6 \pm 3,0\%$, хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) — $7,3 \pm 1,7\%$, хронического алкоголизма и психических заболеваний — по $5,6 \pm 1,5\%$, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки — $2,1 \pm 0,9\%$, наркомании — $0,4 \pm 0,4\%$. Анализировали возрастную-половую и социальную структуру больных, пути выявления специфического процесса (профилактическое флюорографическое обследование (ПФЛГО) или при обращении с жалобами), структуру клинических форм, своевременность выявления с учетом наличия деструкции легочной ткани и бактериовыделения, а также сроки предшествующего выявлению туберкулеза флюорографического обследования (ФЛГО).

Результаты исследования оценивали согласно общепринятым методам статистического анализа, достоверность полученных результатов — по критерию *t* Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Среди больных преобладали мужчины ($65,0 \pm 3,1\%$). Удельный вес городских и сельских жителей был практически одинаковым ($50,9 \pm 3,3$ и $49,1 \pm 3,3\%$). По возрасту больные распределились следующим образом: 20—29 лет — $23,9 \pm 2,8\%$, 30—39 лет — $38,0 \pm 3,2\%$, 40—49 лет — $14,5 \pm 2,3\%$, 50—59 лет — $15,4 \pm 2,4\%$, 60—69 лет — $4,3 \pm 1,3\%$, старше 70 лет — $3,8 \pm 1,2\%$, т. е. наибольшую долю составляли лица самого трудоспособного возраста. Однако, несмотря на это, $61,1 \pm 3,2\%$ не работали; на долю лиц рабочих профессий приходилось $10,3 \pm 2\%$, служащих — $11,2 \pm 2,1\%$ (из них половина медицинские работники), частных предпринимателей и учащихся — по $0,4 \pm 0,4\%$, инвалидов — $12,0 \pm 2,1\%$, пенсионеров — $7,3 \pm 1,7\%$, $0,9 \pm 0,6\%$ являлись бомжами. Таким образом, преобладало неорганизованное население ($81,2 \pm 2,6\%$).

При анализе путей выявления туберкулеза было установлено, что доля активного выявления (при ПФЛГО) была значительно ниже, чем выявления при обращении за медицинской помощью (соответственно $41,9 \pm 3,2$ и $58,1 \pm 3,2\%$; $p < 0,001$), что согласуется с данными литературы [4, 12]. Следует отметить, что эта тенденция сохранялась независимо от места проживания больных ($39,5 \pm 4,5\%$ среди живущих в городе и $44,3 \pm 4,6\%$ среди жителей села; $p > 0,05$). Данный факт свидетельствует о слабой работе по активному выявлению туберкулеза среди лиц, имеющих сопутствующие заболевания группы повышенного риска, в учреждениях общей лечебной сети как городской, так и сельской местности, что, на наш взгляд, в значительной мере связано с установленным высоким удельным весом неорганизованного населения среди лиц этой категории.

Структура клинических форм характеризовалась высоким удельным весом диссеминированного ($40,2 \pm 3,2\%$), инфильтративного ($39,7 \pm 3,2\%$) туберкулеза легких при очень низкой доле очагового ($5,1 \pm 1,4\%$). Особо обращало на себя внимание наличие у заболевших таких тяжелых форм специфического процесса, как казеозная пневмония ($5,6 \pm 1,5\%$), милиарный ($2,6 \pm 1\%$) и фиброзно-кавернозный туберкулез ($0,4 \pm 0,4\%$).

Распад легочной ткани обнаружен практически у половины больных ($49,1 \pm 3,3\%$), бактериовыделение — у $53,1 \pm 3,3\%$. Следовательно, более чем у половины лиц, имеющих заболевания группы риска, специфический процесс был выявлен несвоевременно, а у $8,6\%$ заболевших имело место позднее его выявление. В связи с этим некоторые авторы указывают на необходимость повышения ответственности руководителей первичного медицинского звена за несвоевременное выявление больных туберкулезом, особенно тех, которые ранее обращались с жалобами в учреждения здравоохранения различного профиля и не были обследованы на туберкулез [10]. Наряду с этим мы считаем, что, кроме вышеуказанного, необходимо особое внимание обращать на нарушение сроков ПФЛГО, регламентированных нормативными документами.

Неблагоприятная структура клинических форм, высокая частота распада легочной ткани и бактериовыделения у больных с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска обусловлены, по нашему мнению, не только наличием последних, но и в значительной степени связаны с установленным в процессе исследования нарушением сроков ПФЛГО, которые, согласно нормативным документам, должны составлять для ВИЧ-инфицированных и лиц, состоящих на учете в наркологических и психиатрических учреждениях, не более полугода, а для лиц с другими заболеваниями группы риска — не более 1 года [6]. Так, до 1 года с момента предшествующего выявлению туберкулеза ФЛГО прошло лишь у $17,5 \pm 2,5\%$ заболевших, у $40,2 \pm 3,2\%$ этот срок составлял от 1 до 2 лет, у $15,8 \pm 2,4\%$ — от 2 до 3 лет; более 3 лет не обследовался каждый четвертый больной ($26,5 \pm 2,9\%$). При этом среди больных, подлежащих обследованию 2 раза в год (ВИЧ-инфицированные; лица, находящиеся на учете у нарколога), срок обследования до 6 мес отмечен лишь у $10,2 \pm 2,6\%$. Достоверные различия по срокам обследования лиц из групп повышенного риска, проживающих как в городской, так и в сельской местности, установлены не были, что еще раз подтверждает низкий уровень работы и слабый контроль за прохождением ПФЛГО данной категорией населения.

Обращает на себя внимание тот факт, что из числа больных, у которых были соблюдены декретированные сроки ФЛГО, удельный вес туберкулеза, выявленного активно, составил лишь $39,0 \pm 7,6\%$, а в остальных случаях специфический процесс был выявлен при обращении за медицинской помощью.

На основании полученных данных мы пришли к заключению о необходимости разработки мероприятий, направленных на повышение показателей активного выявления туберкулеза у больных из групп риска.

Для увеличения количественных показателей (охват ПФЛГО) активного выявления туберкулеза у лиц с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска, по нашему мнению, необходимо проведение следующих мероприятий. Во-первых, следует использовать для направления их на ФЛГО факты посещения врачей различных специальностей по поводу выписки

льготных рецептов, получения различных справок, переосвидетельствования инвалидов при медико-социальной экспертизе (доля последних составила $12,0 \pm 2,1\%$). Во-вторых, необходимо внести в утвержденные критерии эффективности деятельности участкового врача-терапевта и семейного врача [7, 8] пункт о проведении ПФЛГО лицам из группы повышенного риска с охватом не менее 90% при обязательном соблюдении регламентированных сроков, а также об отсутствии запущенных форм туберкулеза среди данной категории населения. В-третьих, должна проводиться санитарно-просветительная работа по туберкулезу с больными, имеющими сопутствующие заболевания группы риска, с акцентом на необходимости регулярного прохождения ПФЛГО.

С целью увеличения качественных показателей, характеризующих своевременность выявления специфического процесса, мы считаем необходимым проведение мероприятий, направленных на повышение ответственности руководителей первичного медицинского звена за несвоевременное выявление больных туберкулезом из данной категории населения, если оно связано с нарушением сроков проведения ПФЛГО, установленных нормативными документами. Не менее важным в этом плане является усиление контроля со стороны фтизиатрической службы за работой по активному выявлению туберкулеза среди лиц с сопутствующими заболеваниями группы риска. По нашему мнению, одной из мер усиления ответственности руководителей первичного медицинского звена должно явиться ужесточение подходов к оценке своевременности выявления специфического процесса.

В связи с этим нами разработан принципиально новый подход к оценке своевременности выявления туберкулеза органов дыхания у лиц из групп повышенного риска. Мы предлагаем считать запущенными случаями выявления туберкулеза с распадом легочной ткани и бактериовыделением, если были нарушены декретированные сроки ПФЛГО (для ВИЧ-инфицированных и лиц, состоящих на учете в наркологических и психиатрических учреждениях, — более полугодом, а для больных сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ХНЗЛ, пылевыми заболеваниями легких и лиц, длительно принимающих кортикостероидные гормоны, — более 1 года). Предложенный подход к оценке своевременности выявления туберкулеза у лиц с заболеваниями группы риска повысит ответственность руководителей учреждений первичного медицинского звена за привлечение к ПФЛГО и полноту охвата им данной категории населения.

Выводы

1. Среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с заболеваниями группы повышенного риска 81,2% относились к неорганизованному населению.
2. Туберкулез у лиц с заболеваниями группы повышенного риска чаще выявлялся при обращении за медицинской помощью (58,1%) и отличался тяжелой структурой клинических форм и картиной специфического процесса, что обусловлено не только наличием сопутствующих заболеваний, но и несоблюдением регламентированных сроков проведения ПФЛГО.
3. Низкий уровень работы по активному выявлению туберкулеза среди лиц с заболеваниями группы повышенного риска требует не только ее активизации в плане привлечения данной категории населения к флюорообследованию путем проведения санитарного

просвещения в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети, но и внесения коррективов в нормативные документы, а также усиления контроля со стороны фтизиатрической службы за планированием и выполнением активного выявления туберкулеза.

4. Предложенный подход к оценке своевременности выявления туберкулеза среди лиц с сопутствующими заболеваниями группы повышенного риска позволит повысить ответственность руководителей учреждений первичного медицинского звена за полноту охвата ПФЛГО и соблюдение сроков его проведения среди этой категории населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексю Е.Н. Туберкулез в России. Год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М.; 2007: 7—8.
2. Горбунов А.В., Кочеткова Е.Я. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2005; 8: 18—22.
3. Гусева В.А., Коломиец В.М., Кудинов С.М., Шахова Ю.И. Туберкулез и болезни легких. 2011; 4: 114—5.
4. Левагина Е.Ю., Бородулина Е.А., Хохлова Г.Я., Чернышова Н.С., Еремеев А.Е., Бородулин Б.Е. Туберкулез и болезни легких. 2011; 5: 23.
5. Мордык А.В., Иванова О.Г. XXI Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Уфа; 2011: 221.
6. Постановление Правительства РФ от 25.12.2001 г., № 892 «О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"». М.; 2001.
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.05.2007 г., № 325 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)". М.; 2007.
8. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 г., № 282 "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового". М.; 2007.
9. Резолюция IX съезда фтизиатров России. Туберкулез и болезни легких. 2011; 8: 4—7.
10. Стерликов С., Богородская Е., Аксенова В. Врач. 2010; 11: 73—7.
11. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 год. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. М.; 2011.
12. Шалайко Т.А., Одинец В.С., Задремайлова Т.А., Акинина С.А. Туберкулез в России. Год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М.; 2007: 415.

REFERENCES

1. Alekso E.N. Clinical features of pulmonary tuberculosis in patients with different risk factors. In: Tuberculosis in Russia. Year 2007: Proc. of the VIII Cong. of Russian TB specialists. Moscow; 2007: 7—8 (in Russian).
2. Gorbunov A.V., Kochetkova E.Ya. Organization of TB cases in Moscow. Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh. 2005; 8: 18—22 (in Russian).
3. Guseva V.A., Kolomiets V.M., Kudinov S.M., Shakhova Yu.I. HIV infection as a risk group for tuberculosis. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2011; 4: 114—5 (in Russian).
4. Levagina E.Yu., Borodulina E.A., Khokhlova G.Ya., Chernyshova N.S., Eremeev A.E., Borodulin B.E. Pulmonary tuberculosis in HIV-infected patients in Samara. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2011; 5: 23 (in Russian).
5. Mordyk A.V., Ivanova O.G. Clinical and epidemiological features, options for the course and outcomes of pulmonary tuberculosis in patients with COPD. In: XXI National Cong. on Respiratory Diseases. Ufa; 2011: 221 (in Russian).
6. Government Decree of 25.12.2001, the, № 892 "On the implementation of the Federal Law "On prevention of tuberculosis in the Russian Federation". Moscow; 2001 (in Russian).
7. Health Minister Order of 11.05.2007, the, № 325 "On approval of the criteria for assessing the effectiveness of the general practitioner (family doctor)". Moscow; 2007 (in Russian).

8. Health Minister Order of 19.04.2007, the, № 282 "On approval of the criteria for assessing the effectiveness of physician's district". Moscow; 2007 (in Russian).
9. Resolution IX Congress Phthisiatrists Russia. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2011; 8: 4—7 (in Russian).
10. Sterlikov S., Bogorodskaya E., Aksenova V. TB patients in health care facilities general health. Vrach. 2010; 11: 73—7 (in Russian).
11. Tuberculosis in the Russian Federation, 2010. Analytical review of the statistical indicators used in the Russian Federation. Moscow; 2011 (in Russian).
12. Shalayko T.A., Odinets V.S., Zadremaylova T., Akinina S.A. The role of comorbidity in the method of detection of pulmonary tuberculosis. In: Tuberculosis in Russia. Year 2007: Proc. of the VIII Cong. of Russian TB specialists. Moscow; 2007: 415 (in Russian).

Поступила 21.01.13

© Д.О. РОШЧИН, Т.П. САБГАЙДА

УДК 6142:616.379-008.64-082]:33

Д.О. РОШЧИН, Т.П. САБГАЙДА

Влияние сахарного диабета на объем оказываемых населению медицинских услуг

ФГБУ "Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения" Минздрава России, 127254, Москва

На основе регистра фонда ОМС проведено сравнение показателей госпитализации и обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения двух групп населения: лиц, которые за год получили хотя бы одну медицинскую услугу по поводу сахарного диабета (в рамках амбулаторной и стационарной помощи), лиц, которым в течение года оказывалась медицинская помощь, но не по поводу сахарного диабета. Выявлено, что число обращений в поликлиники, число и длительность госпитализаций, а также стоимость лечения больных сахарным диабетом в 1,5 раза и более превышают соответствующие показатели у пациентов без сахарного диабета.

Ключевые слова: *бремя сахарного диабета; значимость сахарного диабета для здравоохранения; кодирование причин обращения за медицинской помощью; диспансерное наблюдение за больными сахарным диабетом*

THE IMPACT OF DIABETES MELLITUS ON THE VOLUME OF SERVICES RENDERED TO POPULATION

D.O. Roshchin, T.P. Sabgayda

The central research institute for health organization and informatics of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia

The comparative study of indicators of hospitalization and appealability in ambulatory polyclinic institutions of two groups of population was carried out on the basis of compulsory medical insurance. The sampling included patients who during a year received at least one medical service because of diabetes mellitus in the framework of ambulatory and hospital care and patients who during a year received medical services but not related to diabetes mellitus. It is established that number of visits to polyclinics, number and duration of hospitalization and cost of treatment of patients with diabetes mellitus is 1.5 times higher than similar indicators in patients without diabetes mellitus.

Key words: *diabetes mellitus burden; significance of diabetes mellitus for health care; coding of causes of appeals for medical care; dispensary monitoring of patients with diabetes mellitus*

Сахарный диабет (СД) и его осложнения наносят серьезный ущерб системам здравоохранения во всех странах, включая Российскую Федерацию. В восьми европейских странах (Бельгии, Франции, Германии, Италии, Нидерландах, Испании, Швеции и Великобритании) прямые медицинские затраты на лечение пациентов с СД 2-го типа (СД₂) составили в среднем 5% от всего бюджета здравоохранения; затраты средств здравоохранения на одного больного СД₂ были в среднем более чем в 1,5 раза больше, чем на одного пациента без СД₂, а на одного больного с одним осложнением СД₂ — в 2 раза больше, чем на одного больного СД₂ и без осложнений [6].

Затраты на лечение больных СД прогрессируют по мере ухудшения гликемического контроля и развития осложнений [10]. В РФ у 50—60% больных СД₂ выявляется через 7—12 лет от начала заболевания, что связано с нечетко выраженными симптомами заболевания или их отсутствием [9]. В связи с этим у 20—30% больных на момент установления диагноза обнаруживаются специ-

фические микро- и макрососудистые осложнения: ретинопатия, невропатия, нейропатия, поражение коронарных артерий, болезни периферических сосудов и т. д. [3].

Недавние исследования показали, что истинная численность больных СД в нашей стране в 3—4 раза превышает официально зарегистрированную и составляет около 5—6% от всего населения РФ. Эти оценки были подтверждены результатами диспансеризации населения России, проведенной в рамках национального проекта "Здоровье" [2]. Результаты проведенного скрининга в 20 регионах РФ показали, что фактическая распространенность основных осложнений СД на 20—50% выше регистрируемой, при этом большинство больных находится в состоянии хронической декомпенсации [8]. Такая ситуация свидетельствует о том, что, несмотря на существенные улучшения в системе оказания медицинской помощи больным СД в последние десятилетия [4], медицинское сообщество недостаточно оценивает бремя этой патологии для населения нашей страны. Мож-