

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДВУХ ГОРОДАХ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

Н.М. Корецкая, Е.Н. Гринь

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Корецкая; ФГУЗ КБ № 51 ФМБА России, г. Железногорск, гл. врач – к.м.н. Г.Я. Мельников.

***Резюме.** Проанализирована клинико-социальная характеристика больных туберкулезом, проживающих в г. Красноярске и небольшом индустриально развитом г. Железногорске системы закрытого административно-территориального образования (ЗАТО). Выделены общие факторы риска заболевания туберкулезом, показана меньшая степень значимости большинства из них в ЗАТО г. Железногорск ввиду более развитой его инфраструктуры и меньшего резервуара туберкулезной инфекции. Более благоприятная структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса, равно как и эффективность лечения у заболевших жителей ЗАТО, связаны с регулярным прохождением ими флюорообследования и с более высоким уровнем санитарной грамотности.*

***Ключевые слова:** туберкулез, городские жители, клинико-социальная характеристика больных.*

За последнее десятилетие в некоторых регионах заболеваемость туберкулезом городских жителей растет более быстрыми темпами [3,4]. В работах, посвященных изучению туберкулеза у городских жителей, в основном анализируются его особенности в мегаполисах [2,4,6], где в формировании неблагоприятной эпидемиологической ситуации имеют значение высокий уровень миграции, безработица, большое число лиц с нарушенным микросоциальным окру-

жением [2,10], влияние высокотоксичных промышленных экотоксикантов [4].

Менее изучены и практически в единичных работах освещены проблемы туберкулеза в закрытых городах [1,5,9], что стало возможным лишь после ликвидации цензуры статистики [11].

Целью исследования явилось проведение сравнительного анализа клинико-социальной характеристики больных туберкулезом легких, путей его выявления и эффективности лечения в двух территориально близко расположенных городах Красноярского края: г. Красноярске с высоким уровнем миграционных процессов и г. Железногорске системы закрытого административно-территориального образования (ЗАТО), где миграция менее выражена, а показатели заболеваемости и болезненности населения туберкулезом в 3 раза ниже.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 100 больных туберкулезом легких, проживающих в г. Железногорске (I группа), и 186 больных – жителей г. Красноярска (II). Во всех случаях туберкулезный процесс был выявлен впервые. Комплексное этиологическое и патогенетическое лечение с индивидуализацией проводили четырьмя-пятью основными препаратами с включением препаратов резервного ряда при наличии лекарственной устойчивости микобактерий. Эффективность лечения оценивали среди пролеченных более 3 месяцев по основным критериям: прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада.

Статистический анализ проведен с использованием критерия Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение

Среди больных обеих групп преобладали мужчины (77% – в I и 72,6% – во II). Распределение больных по возрасту не имело достоверных различий, за исключением возраста 60 лет и старше: в I-й группе удельный вес заболевших в этом возрасте был достоверно выше в 4,5 раза (табл. 1).

В обеих группах преобладали лица с невысоким уровнем образования – незаконченным средним и средним (68,0% – в I группе и 60,8% – во II). Выс-

шее образование имели лишь 9,7% больных II группы и 6% I – (различия недостоверны, $p > 0,05$). Жилищно-бытовые условия больных I группы были более благоприятными по сравнению со II: ниже удельный вес проживающих в общежитиях и коммунальных квартирах (5,0% против 14,5%; $p < 0,01$). Доля лиц, не имеющих семьи, не имела достоверных различий (33,0% – в I группе, 30,6% – во II; $p > 0,05$), т. е. данный фактор одинаково влиял на эффективность лечения, ибо отсутствие семьи, создающей необходимую мотивацию к излечению [12], приводит к частой досрочной выписке из стационара [8].

Более половины заболевших относились к неорганизованному населению (56,0% – в I группе, 59,1% – во II). Однако его состав по группам имел различия: так, в I группе, ниже был удельный вес неработающих лиц трудоспособного возраста (35,0% против 48,9%; $p < 0,05$) и выше, неработающих пенсионеров (12,0% против 4,8%; $p < 0,05$). Ниже в I группе была и доля лиц БОМЖ (1,0% против 4,3% ($p > 0,05$)).

В I группе был значительно выше удельный вес лиц, прибывших на постоянное место жительства из других территорий в течение последнего года (12% против 3,2%; $p < 0,05$). Учитывая ограниченный уровень миграции в ЗАТО г. Железногорск за счет наличия строгой пропускной системы въезда в него, мы считаем, что данный факт обусловлен более четкой регистрацией в истории болезни факта прибытия на постоянное место жительства из других территорий.

В пенитенциарных учреждениях в различное время находилось 20,0% больных I группы и 16,7% – II. Удельный вес установленных контактов с больными туберкулезом в г. Красноярске был выше, чем в г. Железногорске (53,2% против 33,0%; $p < 0,001$). При этом частота семейного контакта, профессионального и в пенитенциарных учреждениях не имела достоверных различий между группами, а частота бытового во II группе в 6 раз превышала таковую в I (25,8% против 4,0%; $p < 0,001$). Все больные I группы, имевшие профессиональный контакт, работали в пенитенциарных учреждениях за пределами ЗАТО.

Частота заболеваний группы риска во II группе значительно выше, чем в I (соответственно 71,0% и 41,0%; $p < 0,001$), в основном за счет хронических не-

специфических заболеваний легких (ХНЗЛ), доля которых во II группе больных была выше в 2,4 раза (64,0% против 27,0%; $p < 0,001$), что в значительной мере связано с высокой загазованностью атмосферы в Красноярске.

Распространенной среди больных была такая вредная привычка, как злоупотребление алкоголем: каждый пятый страдал хроническим алкоголизмом (в I группе 19,0%, во II – 21,5%); бытовое пьянство отмечено в 28,0% у I группы и в 19,9% – II, т.е. практически у половины больных обеих групп.

Как видно из данных таблицы 2, в обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез, что отражает общую тенденцию по Красноярскому краю [7]. Однако, у больных, проживающих в ЗАТО г. Железногорск, отмечалась структура клинических вариантов туберкулеза более благоприятная по сравнению с проживающими в г. Красноярске. Среди первых был ниже удельный вес диссеминированного туберкулеза в 2 (14,0% против 29,6%; $p < 0,01$) раза, фиброзно-кавернозного – в 5 (1,0% против 5,4%; $p < 0,05$); соответственно был выше таковой очагового туберкулеза в 5 раз (30,0% против 5,9%; $p < 0,001$) и туберкулемы – в 3 (10,0% против 2,7%; $p < 0,05$). В связи с более благоприятной структурой клинических форм туберкулезного процесса у больных I группы отмечен достоверно более высокий удельный вес ограниченных бисегментарных поражений (соответственно 68,0% и 44,1%; $p < 0,001$), ниже, – долевых (12,0% и 22,6%; $p < 0,05$) и захватывающих более доли легкого (20,0% и 33,3%; $p < 0,05$). В соответствии с этим был ниже удельный вес деструктивных процессов (45,0% против 65,1%; $p < 0,05$) и бактериовыделения (62,0% против 73,7%; $p < 0,05$).

Тяжесть клинической структуры и характеристики туберкулезного процесса у больных II группы сопровождалась более выраженной клинической симптоматикой. Так, во II группе жалобы имели 76,9%, а в I – лишь 57,0% ($p < 0,001$). Несмотря на это, достоверных различий в доле больных, выявленных по группам при обращении за медицинской помощью, не было (табл.2). Данный факт косвенно свидетельствует о том что что больные II группы характеризовались менее внимательным отношением к своему здоровью и более низкой санитарной грамотностью. Подтверждением этому являются и данные, по-

лученные при сопоставлении сроков обращения за медицинской помощью после появления симптоматики. Так, среди больных I группы была значительно выше удельный вес лиц, обратившихся за медицинской помощью в течение первого месяца появления симптомов заболевания (77,2% против 28,7%; $p < 0,001$) и ниже со сроками от одного до двух (10,5% против 23,8%; $p < 0,05$), от двух до трех (1,8% против 23,8%; $p < 0,001$) и свыше трех месяцев (10,5% против 23,8%; $p < 0,05$). Итак, диагноз туберкулеза больным I группы был установлен в более ранние сроки, а, следовательно, и лечение было начато раньше.

Нельзя не отметить и более регулярное прохождение проверочного флюорографического обследования (ПФЛГО) жителями Железногорска: среди больных I группы с момента предшествующего флюорообследования (ФЛГО) больных прошло до 2-х лет – в 54,0% (во II – лишь у 33,3%; $p < 0,001$). Свыше трех лет не проходили это обследование 25,0% больных I группы и 44,6% – II ($p < 0,001$). Следует акцентировать внимание на том, что из 25,0% больных I группы, не проходивших ФЛГО более 3-х лет, 8,0% составили лица, прибывшие на постоянное место жительства в ЗАТО г. Железногорск в течение последнего года. Это указывает на необходимость более четкой организации данного обследования всем лицам, въезжающим на постоянное место жительства ЗАТО г. Железногорск.

Задержка в выявлении и начале лечения заболевания, наряду с более тяжелой клинической структурой и характеристикой процесса, у больных II группы отразилась на эффективности стационарного этапа лечения: закрытие полостей распада составило 36,4%, прекращение бактериовыделения, – 57,9%. Соответствующие показатели у больных I группы были значительно выше: 60,5% и 81,3%. Низкая эффективность лечения больных II группы обусловлена также и высокой частотой ХНЗЛ (64,0%), связанной в значительной степени с действием промышленных экотоксинов, способствующих падению репаративного потенциала легочной ткани [4]. Позднее выявление туберкулеза, чаще сопровождающегося бактериовыделением, наряду с недостаточной эффективностью лечения у больных, проживающих в г. Красноярске, способствуют уве-

личению резервуара туберкулезной инфекции в данном городе.

Таким образом, развитию туберкулеза у жителей города независимо от его величины и характера миграционных процессов, способствуют общеизвестные факторы: низкий образовательный уровень, злоупотребление алкоголем, наличие заболеваний группы риска, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, отсутствие места работы в силу различных причин, контакт с больными туберкулезом. Однако в ЗАТО г. Железногорск, по сравнению с Красноярском, степень значимости последних четырех факторов значительно ниже, что связано с более развитой инфраструктурой ЗАТО, и с меньшим резервуаром туберкулезной инфекции. Более благоприятная структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса, равно как и эффективность лечения у заболевших жителей ЗАТО г. Железногорск, связаны с регулярным прохождением ими флюорообследования и с более высоким уровнем санитарной грамотности. Выявленные особенности туберкулеза легких у жителей двух городов Красноярского края необходимо учитывать при планировании организационных, лечебных и профилактических мероприятий с целью повышения их эффективности.

**CLINICAL AND SOCIAL PARALLELS OF PATIENTS WITH
PULMONARY TUBERCULOSIS, LIVING IN OTHER CITIES OF
KRASNOYARSK TERRITORY**

N.M. Koretskaya, E.N. Grin

Krasnoyarsk state medical university named in honor of prof. V.F. Vojno-
Yasenetskij

Clinical and social characteristics of patients with tuberculosis in Krasnoyarsk and in Zheleznogorsk (close administrative-territorial formation) were analyzed. General risk factors of tuberculosis were revealed. Less degree of these factors was determined in Zheleznogorsk because of developed infrastructure and less reservoir of tuberculosis. More favorable structure of clinical forms and characteristics of tuberculosis process like treatment effectiveness in Zheleznogorsk are associated with regular fluorography and higher level of medical knowledge.

Литература

1. Андреев И.Г., Стрелис А.К., Матковская Т.В. и др. Особенности заболеваемости жителей в зоне радиационного и химического воздействия Сибирского химического комбината (СХК) // 6-й Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – Новосибирск, 1996. – С.203.
2. Дмитриева М.П., Иванов А.К., Зуева Л.П., Скрыник Н.А. Туберкулез в центральных районах города // 14-й Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – М., 2004. – С. 390.
3. Игембаева К.С., Чункаева Д.Д., Масалимов С.О. и др. Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона // Пробл. туберкулеза. – 2001. – №6. – С. 14-17.
4. Иноходова И.Н., Казиминова Н.Е., Жильцова Е.Н., Паролина Л.Е. Туберкулез в крупных городах: экологические аспекты патоморфоза //14-й Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – М., 2004. – С. 393.
5. Карякина Л.И., Мерзликина В.И. Эффективность лечения больных легочным туберкулезом различных групп населения, лечившихся в туберкулезном отделении ЦМСЧ-81 г. Северска за 1996-1998 гг // Совр. фтизиатрия и пробл. туберкулеза XXI века: тез. докл. юбил. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Томск, 1999. – С. 55-56.
6. Колесников А.И., Фролова И.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в крупном промышленном городе //14-й Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – М., 2004. – С. 398.
7. Корецкая Н.М. Эволюция туберкулеза легких и современные аспекты его выявления в Красноярском крае. – Красноярск, 2003. – 250 с.
8. Литвин А.В., Богданова Л.И., Оленева С.В. Некоторые социальные аспекты туберкулеза органов дыхания // 6-й Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – Новосибирск, 1996. – С. 578.
9. Михайлова И.В., Асаинова Н.К., Щербак Е.В., Карнаухова Н.М. Обследование населения г. Северска на туберкулез // Пробл. туб. и соврем. пути их решения: сб. труд. межд. юбил. науч. практ. конф. – Томск, 2004. – С. 35-36.

10. Паролина Л.Е. Социально-демографическая характеристика больных туберкулезом // Туб. сегодня: матер. VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С.24.
11. Перельман М.И. Основные итоги противотуберкулезной работы в России в 2001 году // Пробл. туберкулеза. – 2003. – №2. – С.3-10.
12. Kruyt M.L., Kruyt N.D., Boeree M.J. et al True status of smear-positive pulmonary tuberculosis defaulters in Malawi // Bull. WHO. – 1990. – Vol.77, №5. – P.386-391.

Таблица 1

Сравнительная возрастная структура больных туберкулезом ($M \pm m$)

Возраст, годы	Количество и удельный вес больных по возрасту				
	I (n=100)		II (n=186)		p
	n	%	n	%	
18-19	4	4,0±2,0	6	3,2±1,3	>0,05
20-29	19	19,0±3,9	52	28,0±3,3	>0,05
30-39	32	32,0±4,7	40	21,5±3,0	>0,05
40-49	21	21,0±4,1	56	30,1±3,4	>0,05
50-59	7	7,0±2,6	25	13,4±2,5	>0,05
60 и старше	17	17,0±3,8	7	3,8±1,4	<0,01

**Сравнительная структура клинических форм,
характеристика туберкулезного процесса и пути его выявления**

(M±m)

Клиническая структура, характеристика туберкулезного процесса и пути его выявления		Количество и удельный вес больных по группам			
		I (n=100)	II (n=186)	P	
Клиничес кие формы	Диссеминированная	14 14,0±3,5	55 29,6±3,3	<0,01	
	Очаговая	30 30,0±4,6	11 5,9±1,7	<0,001	
	Инфильтративная	45 45,0±5	105 56,5±3,6	>0,05	
	Туберкулема	10 10,0±3,0	5 2,7±1,2	<0,05	
	Фибр.-кавернозная	1 1,0±1,0	10 5,4±1,7	<0,05	
Характер истика туберкуле зного процесса	Объем поражен ия легких	Два сегмента	68 68,0±4,7	82 44,1±3,6	<0,001
		Доля	12 12,0±3,2	42 22,6±3,1	<0,05
		Более доли	20 20,0±4,0	62 33,3±3,5	<0,05
	Фаза распада	45 45,0±5,0	121 65,1±3,5	<0,05	
	Бактериовыделение	62 62,0±4,9	137 73,7±3,2	<0,05	
Пути выявлени я туберкуле за	ПФЛГО	48 48,0±5,0	97 52,2±3,7	>0,05	
	При обращении с жалобами	52 52,0±5,0	89 47,8±3,7	>0,05	