

© КОРЕЦКАЯ Н.М., ГРИНЬ Е.Н.

**ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ЕГО ВЫЯВЛЕНИЕ В
ГРУПАХ РИСКА В ЗАКРЫТОМ АДМИНИСТРАТИВНО-
ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ОБРАЗОВАНИИ**

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.** Проведен сравнительный анализ клинической структуры впервые выявленного туберкулеза легких, путей выявления заболевания и социального состава больных сахарным диабетом, язвенной болезнью и хроническим алкоголизмом, а так же больных, не имевших заболеваний группы риска по туберкулезу. Предложены пути повышения качества работы врачей поликлиники по выявлению больных туберкулезом из групп риска.*

***Ключевые слова:** туберкулез легких, своевременное выявление, проверочные осмотры, группы риска.*

Корецкая Наталья Михайловна – д.м.н., проф. зав. каф. туберкулеза с курсом ПО; тел. 8(391)2617682.

Гринь Елена Николаевна – зав. туб. отделением ФГУЗ КБ № 51, г. Железногорск; тел. 8(391)2617682.

Больных сахарным диабетом и язвенной болезнью желудка относят к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом [6], так как частота туберкулеза у них в 5-10 раз превышает таковую среди остального населения [2] и они должны проходить проверочное флюорографическое обследование (ПФЛГО)

не реже 1 раза в год [4,6]. Не реже 2 раз в год, подлежат ПФЛГО и пациенты, состоящие на диспансерном учете у наркологов [4,6]. Однако, многие больные, страдающие хронической алкогольной зависимостью, как правило, не состоят на диспансерном учете, хотя эта патология, бесспорно, остается одним из самых значимых факторов риска заболевания туберкулезом [5,6].

На фоне общего неблагополучия в стране, основные эпидемиологические показатели по туберкулезу в закрытых административно-территориальных образованиях (ЗАТО) в 2-3 раза ниже, чем на сопредельной территории и средних по России [1,3]. В ЗАТО г. Железногорск последние 10-15 лет показатель заболеваемости туберкулезом не превышает 40 на 100 тыс. и его население с 15-летнего возраста проходит ПФЛГО 1 раз в 2 года (охват обследованием в 2007 г. составил 58,9%). Однако при обязательном, установленном законом [4] ежегодном 100% охвате ПФЛГО групп риска, в ряде терапевтических подразделений оно было проведено только 79,0% больным сахарным диабетом и 76,0% – язвенной болезнью.

Цель исследования. Проанализировать значимость ПФЛГО у больных сахарным диабетом, язвенной болезнью и хронической алкогольной интоксикацией на территории с относительно благоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, и определить пути повышения качества работы по его выявлению.

Материалы и методы

В работе использованы истории болезни всех впервые выявленных больных туберкулезом легких (ТЛ) в возрасте старше 18 лет (330 человек), взятых на учет и проходивших основной курс химиотерапии в противотуберкулезном диспансере КБ № 51 г. Железногорска в период с 1993 по 2008 г.г. Были выделены 4 группы наблюдения: в I (контрольную) вошли больные ТЛ без заболеваний групп риска – 188 чел. Во II и III группы включены соответственно больные сахарным диабетом и язвенной болезнью (в каждой из групп по 24 чел.). В IV группу вошли 94 больных ТЛ, в сочетании с хронической алкогольной зависимостью. Проводился сравнительный анализ некоторых социальных факторов

риска, клинической структуры ТЛ и путей его выявления.

При статистическом анализе полученных данных применялись относительные показатели, достоверность различий которых определялась с помощью Z-критерия. Распределение носило нормальный характер, что подтверждено критерием Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение

Как показал анализ, ТЛ чаще болели мужчины. Однако наибольшим соотношением мужчин и женщин было в III и IV группах (5:1 и 4,9:1 соответственно; при 1,8:1 в контрольной). Во II группе это соотношение составило 1:1.

Туберкулезом, как известно, чаще болеют лица молодого и среднего возраста. В I, III и IV группах доля лиц в возрасте от 20 до 49 лет составила – 81,4%; 83,4% и 77,6%. Больных молодого возраста, от 18 до 29 лет, было сравнительно больше в I группе (37,7%; различия со II и IV группами статистически значимы: $p < 0,01$ и $p < 0,001$). У больных ТЛ и сахарным диабетом, по сравнению с другими группами, преобладала доля лиц в возрасте 60 лет и старше (66,7%; $p < 0,001$).

ТЛ чаще диагностировали у городских жителей. Однако среди больных хронической алкогольной зависимостью было сравнительно больше сельских жителей и жителей отдаленных поселков – 40,4% ($p < 0,001$); 13,8% больных IV группы проживали в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях, 11,7% не имели жилья – лица БОМЖ ($p < 0,001$ со всеми группами). Фактор миграции (приехавшие в течение года из других мест; работающие или учащиеся на других территориях) имел место во всех группах, однако сравнительно большей доля таких лиц была в III группе – 29,2%.

Соотношение работающих и неработающих было наибольшим в I группе (1,7:1). Работающих было сравнительно больше и в III группе – 54,2%. Напротив, во II и в IV группах преобладали неработающие (различия с I группой статистически значимы; $p < 0,001$). Однако, если среди больных хроническим алкоголизмом большинство неработающих было трудоспособного возраста – 64,9%, то в группе больных диабетом основная доля неработающих – пенсионеры

(54,2%, $p < 0,001$). Почти 3/4 больных IV группы (71,3%) не имели семьи. Наоборот, в I и II группах у 70,2% и 70,8% больных были семьи ($p < 0,001$).

Большинство больных во всех группах имели среднее образование. Соотношение больных, имеющих среднее и высшее образование, было наименее благоприятным в IV группе (3,5:1 против 2:1 в III и 1,1:1 в контрольной). Сравнительно более высокий образовательный и культурный уровень отмечался в I и II группах, где высшее образование имели 13,3% и 16,7% больных.

Контакт с туберкулезной инфекцией чаще всего установлен у больных язвенной болезнью, хронической алкогольной интоксикацией (37,6% и 33,0% соответственно; в I группе – 28,6%), причем основное значение имел контакт в местах заключения. Доля таких больных была сравнительно больше в III и IV группах (25% и 21,3%; в I – 10,6%). Очень низка частота установленного контакта у больных сахарным диабетом – 8,4%, что подтверждает преимущественно эндогенный характер туберкулеза как при сахарном диабете, так и у лиц пожилого возраста, доля которых превалировала во II группе.

Следовательно, наибольшее число отягощающих факторов социального характера наблюдалось, по сравнению с остальными, в IV группе, что, как показало дальнейшее исследование, имело негативное влияние на сроки выявления заболевания и его клиническую структуру. Заболевшие ТЛ на фоне хронической алкогольной интоксикации – это, как правило, не имеющие постоянной работы или неработающие лица в возрасте от 30 до 59 лет (87,2%), каждый 5-й ранее был в местах заключения (достоверно чаще, чем в I группе; $p < 0,05$). Эти больные сравнительно чаще проживали в неблагоприятных жилищно-бытовых условиях, в отдаленных поселках или селах, не имели семьи, их образовательный и культурный уровень был значительно ниже, чем у других больных.

В клинической структуре ТЛ (табл. 1) во всех группах преобладал инфильтративный туберкулез, что отражает общую тенденцию, но его доля во II группе больных значительно превосходила таковую в других (70,8%, против 45,2% в I; 48,9% в IV и 37,5% в III; $p < 0,05$).

Несмотря на более благополучные жилищно-бытовые условия, более высо-

кий образовательный и культурный уровень, наличие семьи в большинстве случаев, реже установленный контакт с больными туберкулезом, клиническая структура ТЛ у больных сахарным диабетом была значительно тяжелее по сравнению с больными I и III групп, а деструкция легочной ткани и массивное бактериовыделение отмечены с такой же высокой частотой, как в IV группе (табл. 1). Высокая частота деструктивных процессов и бактериовыделения у больных II группы связаны со склонностью к развитию специфического процесса с выраженной экссудативной реакцией на фоне сахарного диабета.

Клиническая структура ТЛ у больных язвенной болезнью была относительно более благоприятной, по сравнению с больными II и IV групп и во многом сходной с таковой в контрольной группе. Однако необходимо отметить тенденцию к более частому развитию диссеминированного ТЛ и высокую частоту бактериовыделения в III группе (50,0% против 38,8% в контрольной), то есть у 1/2 больных язвенной болезнью ТЛ был эпидемиологически опасным.

Закономерно, наиболее отягощенной клиническая структура ТЛ была у больных с хронической алкогольной зависимостью: частота диссеминированного ТЛ была наибольшей (29,8% против 10,1% в I группе; $p < 0,001$); только у больных этой группы был выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез – 5,4% случаев и казеозная пневмония – 2,1% (табл. 1); значительно чаще регистрировались распространенные процессы и осложненное течение (21,3%). Поражение туберкулезом более доли легкого или обоих легких было у большего числа больных IV группы (44,7% против 9,0% в I, 25% – во II и 16,7% – в III; различия с I и III группами статистически значимы; $p < 0,001$ и $p < 0,01$) (табл. 1). Сравнительно чаще у больных IV группы отмечалось осложнение плевритом; только в этой группе наблюдались пневмоторакс, а так же внелегочные поражения (менингит, артрит, туберкулез кишечника, половых желез).

Наиболее благоприятной клиническая структура ТЛ была у больных I группы, что мы считаем закономерным следствием более благополучных социальных условий, отсутствием заболеваний группы риска и сравнительно ранних сроков выявления туберкулеза: доля очагового ТЛ составила 35,1%, ограничен-

ные процессы наблюдались в 81,4% случаев, относительно реже отмечены деструкция и бактериовыделение (в 38,8% и 32,4% соответственно). Различия со II и IV группами статистически значимы ($p < 0,001$) (табл. 1).

Результаты анализа путей выявления заболевания показали преобладание представителей так называемых «неорганизованных контингентов» (пенсионеров и неработающих трудоспособного возраста) во II и IV группах, что вероятно, стало одной из причин выявления основной части заболевших ТЛ из этих групп при обращении с жалобами (66,7% и 69,1% соответственно, против 41,5% в I группе; $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Только в IV группе имела место посмертная диагностика (3,2%), а причиной смерти в этих случаях стал ТЛ на фоне тяжелой алкогольной интоксикации в период запойного пьянства (табл. 1).

Несмотря на то, что симптомы заболевания легких при выявлении были установлены у большинства больных II и IV групп (70,8% и 84% соответственно) туберкулез у них был диагностирован в более поздние сроки. Так, в сроки до 1 мес. после появления симптомов болезни диагноз ТЛ был установлен только у 41,2% больных II группы и 54,0% – IV (в I группе – у 75,3%; $p < 0,01$ и $p < 0,001$). Обращает так же внимание, что большая доля пациентов II и IV групп выявлена только более чем через 3 мес. после появления симптомов заболевания (29,4% и 29,7% соответственно). В то же время, у больных I и III групп ТЛ чаще выявлен при ПФЛГО (58,5% и 54,2% соответственно), что, очевидно, – следствие большей доли в этих группах работающих лиц, регулярно проходящих ПФЛГО (табл. 1).

Анализ регулярности прохождения ПФЛГО группами риска выявил нарушение декретированных сроков его проведения. Так, более 1 года его не проходили 86,2% больных IV группы, 83,3% – III и 70,8% – II. Следует отметить, что у части больных сахарный диабет был выявлен одновременно с ТЛ, а язвенная болезнь была в состоянии длительной ремиссии и больные не посещали поликлинику. Большинство больных хроническим алкоголизмом не состояли на учете у наркологов, длительно не обращались к врачам.

Таким образом, сахарный диабет, язвенная болезнь и хроническая алкоголь-

ная зависимость сохраняют свое значение как факторы риска заболевания туберкулезом даже в условиях относительного эпидемиологического благополучия. При этих заболеваниях развиваются более тяжелые, распространенные процессы, характеризующиеся большей частотой деструкции легочной ткани и бактериовыделения по сравнению с больными, не имеющими заболеваний группы риска, что указывает на необходимость повышения качества профилактических мероприятий среди больных поликлинических групп риска за счет четкого соблюдения сроков ПФЛГО и активного привлечения к ним. При взятии на диспансерный учет в поликлинические группы риска необходимо информировать пациента о риске заболевания туберкулезом и показанных профилактических мероприятиях, включающих регулярное ПФЛГО. Роль активного применения в общей лечебной сети микроскопического метода исследования мокроты и клинического наблюдения в период между ПФЛГО очевидна. Вероятно, материальное стимулирование врачей, обеспечивающих 100% охват профилактическим обследованием групп риска на своем участке, может создать дополнительную мотивацию для повышения качества работы по своевременному выявлению туберкулеза.

PECULIARITIES OF LUNG TUBERCULOSIS AND ITS REVEALING IN RISK GROUPS IN CLOSED ADMINISTRATIVE TERRITORIES

N.M. Koretskaya, E.N. Grin'

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. Voino-Yasenetsky

Abstract. We analyzed clinical structure of first revealed lung tuberculosis by revealing of social composition patients with diabetes, ulcer disease and chronic alcoholism and patients without tuberculosis risk factors. We suggested the ways of physicians quality increase to reveal patients with tuberculosis from risk groups.

Key words: lung tuberculosis, timeless treatment, verification inspection, risk groups.

Литература

1. Корецкая Н. М., Гринь Е. Н. Динамика эпидемиологической ситуации по туберкулезу в условиях закрытого города // 13 Нац. конгресс по болезням органов дыхания. – СПб, 2003. – С. 388.
2. Методические рекомендации Минздравсоцразвития от 20.07.2007г. №5589-РХ «Организация выявления больных туберкулезом в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях». – М., 2007. – С.
3. Пономарева Т. А., Асаинова Н. К., Михайлова И. В., Маслюк А. И., Валова Т. Г. Оценка эпидемиологической ситуации туберкулезной инфекции г. Северска // Проблемы туберкулеза и современные пути их решения: сб. тр. междунар. юбил. науч.-практ. конф. – Томск, 2004. – С.38.
4. Постановление Правительства РФ от 25.12.2001г. №892 «О реализации Федерального закона от 18.06.2001 г. №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». – М., 2001.
5. Рудой Н.М. Организация выявления, учета и комплексного лечения больных туберкулезом, страдающих хроническим алкоголизмом // Пробл. туберкулеза. – 1987.– №11. – С.64-69.
6. Фтизиатрия: национальное руководство // Под ред. М. И. Перельмана. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С.