

2. Гуменюк, Е. Г. Чего хотят матери? (К вопросу об удовлетворенности родильниц качеством оказания помощи в родах) / Е. Г. Гуменюк, Е. Ю. Шакурова, Е. М. Шифман // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 2. – С. 40–44.

3. Жихарева, Н. А. Научное обоснование процессуальной модели управления качеством сестринской помощи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Жихарева. – СПб., 2007. – 26 с.

4. Рыбкина, Н. Л. Проблемы управления качеством медицинской помощи новорожденным / Н. Л. Рыбкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2006. – Вып. 2. – С. 142–143.

5. Худолева, Т. В. К вопросу об оценке качества сестринской помощи / Т. В. Худолева // Медицинская помощь. – 1996. – № 5. – С. 29–31.

**Горелова** Наталья Владимировна, ассистент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: 52-41-43, e-mail: muza2608@mail.ru.

**Огуль** Леонид Анатольевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 33-05-50, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 616-002.5-036.88

© Б.Г. Животовский, В.В. Кудряшова, 2012

**Б.Г. Животовский<sup>1</sup>, В.В. Кудряшова<sup>2</sup>**

### **ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Областной противотуберкулезный диспансер» г. Астрахань

Исследование показало, что в настоящее время в Астраханской области большинство больных туберкулезом умирает от специфического процесса (80,6 %) и лишь 19,4 % больных умирают от нетуберкулезных заболеваний. Среди умерших от туберкулеза преобладают мужчины (65 %), преимущественно зрелого и пожилого возраста. Основной причиной смерти является туберкулез и распространенные формы туберкулеза (72,8 %). Среди нетуберкулезных заболеваний, явившихся причинами смерти больных туберкулезом, чаще встречались заболевания органов дыхания, включая рак легких и заболевания органов кровообращения. Среди причин расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов чаще выявлялись субъективные причины – ошибки клиницистов в анализе состояния больных и результатов рентгенологического обследования.

*Ключевые слова:* туберкулез, летальность, причины смерти.

**B.G. Jivotovskiy, V.V. Kudryashova**

### **THE REASONS OF DEATH OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS IN MODERN CONDITIONS**

The made investigation showed that at present in the Astrakhanian region a great number of patients with tuberculosis die because of specific process (80,6 %) and only 19,4 % of patients die because of non-tuberculosis disease. The men have domination (65 %) especially of adult and elderly age. The main reason of the death is tuberculosis and spread forms of it (72,8 %). Among non-tuberculosis diseases which were the reasons of the death of such patients were the diseases of the respiratory organs including lung cancer and the diseases of circulatory organs. Among the reasons of difference in clinical and pathologoanatomical diagnosis more often were met the subjective reasons – mistakes of clinicians in the analysis of patient's condition and results of X-ray observation.

*Key words:* tuberculosis, mortality, reasons of death.

В течение 2008–2009 гг. в Астраханской области отмечалось снижение показателей заболеваемости и распространенности туберкулезом. Так, в этот период показатель заболеваемости снизился с 74,8 в 2008 г. до 73,4 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г., а показатель распространенности, соот-

ветственно, с 252 до 251,1 случаев на 100 тыс. населения. В то же время показатель смертности от туберкулеза несколько вырос, с 17,1 до 17,4 эпизодов на 100 тыс. населения. На этом фоне общий показатель летальности в противотуберкулезных стационарах остался практически на уровне прошлого года и составил 7,4 против 7,6 случаев в 2008 г., тогда как показатель летальности от туберкулеза снизился с 7,6 в 2008 г. до 6,0 эпизодов на 100 тыс. населения в текущем году.

Из литературных данных известно, что туберкулез по-прежнему остается основной причиной смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний [1]. Прогностические расчеты экспертов ВОЗ показали, что в начале XXI в. 30 млн человек умрет от этого заболевания [2]. Смертность от туберкулеза всегда рассматривалась как один из самых важных показателей причиняемого туберкулезом социального ущерба.

Известно, что не каждая клиническая форма туберкулезного процесса может быть причиной смерти, то есть основным заболеванием, вызвавшим летальный исход [3]. Как правило, к смерти приводит прогрессирование туберкулезного процесса, осложненного легочно-сердечной недостаточностью, легочным кровотечением, амилоидозом внутренних органов. В ряде случаев клиническая форма туберкулеза может рассматриваться как сочетанное (конкурирующее) заболевание при наличии какой-либо другой тяжелой патологии.

**Цель:** изучить причины смерти больных в противотуберкулезном стационаре в современных условиях.

**Материал и методы исследования.** Изучен анализ летальности за 2009 г., клиническая характеристика и социальный статус 242 пациентов, умерших в Государственном учреждении здравоохранения «Областной противотуберкулезный диспансер» (ГБУЗ АО «ОПТД»), определены причины смерти больных туберкулезом от других заболеваний. Группу сравнения составили 2 438 человек, пролеченных в 2009 г. также в ГБУЗ АО «ОПТД». Для установления характера диагностических ошибок клиницистов проанализировали 18 рецензий на случаи расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, выделяя (по мнению рецензента) аналогичные ошибки. Характер диагностических ошибок расценивался как субъективный – диагностические ошибки зависели от личности врача, его знаний, умений; объективный характер ошибок зависел от возможности применить те или иные средства диагностики и (или) лечения больному.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В 2009 г. в подразделениях ГБУЗ АО «ОПТД» всего было пролечено 2 438 пациентов, из них больных активным туберкулезом – 2 076 человек, туберкулез без активности специфического процесса – 69 больных, нетуберкулезные заболевания – 296 случаев. За этот же период времени в данных стационарах умерло 242 больных. Причиной смерти в 195 случаях (80,6 %) являлся активный туберкулез, в 47 случаях (19,4 %) смерть наступила от нетуберкулезной патологии. Таким образом, летальный исход был отмечен преимущественно у профильных больных ( $\chi^2 = 16,5$ ,  $p < 0,001$ ). Среди умерших от туберкулеза было: мужчин – 166 (85,1 %) человек, женщин – 29 (14,9%) человек, в возрасте 18–40 лет – 64 (32,8%) человека, 41–60 лет – 108 (55,4%) человек, старше 60 лет – 23 (11,8%) человека. Из 195 больных, умерших от туберкулеза, находились под наблюдением фтизиатра до 1 года 53 человека (27,1 %), до 2 лет – 29 человек (14,9 %), более 2 лет – 113 человек (58 %). Бактериовыделение имело место в 163 случаях (83,6 %), лекарственно резистентные формы в 40 случаях (24,5 %), причем из них в 25 случаях отмечена множественная лекарственная устойчивость, тогда как у больных, пролеченных в ГБУЗ АО «ОПТД» бактериовыделение было зафиксировано в 1 578 случаях (64,7 %), в том числе лекарственно устойчивые формы выявлены в 346 (14,2 %) эпизодах, множественная лекарственная устойчивость – в 184 (7,5 %) случаях. Следовательно, у умерших от туберкулеза достоверно чаще констатировались не только бактериовыделение, но и полирезистентные формы ( $\chi^2 = 15,9$ ,  $p < 0,001$ ).

Социальный статус умерших больных был следующим: работающие – 3 (1,5 %) человека, инвалиды – 66 (34 %) человек, без определенного места жительства – 38 (19,5 %) пациентов, имеющие судимость – 84 (43 %) умерших. Кроме того, страдали хроническим алкоголизмом: 11 (5,6 %), бытовым пьянством – 108 (55,3 %), наркоманией – 2 (1,02 %) человека. Сопутствующие заболевания были установлены у 99 (50,7 %) умерших, среди которых обнаружили больные сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, энцефалопатией, гепатитами и другими заболеваниями.

Среди числа больных, пролеченных от туберкулеза легких, преобладали пациенты с инфильтративным туберкулезом – 1 013 (44,5 %), фиброзно-кавернозным туберкулезом – 576 (25,3 %) и диссеминированным – 457 (20 %); прочие формы встречались значительно реже: кавернозный – 65 (2,8 %), цирротический – 55 (2,4 %), туберкулема – 41 (1,8 %), плеврит – 29 (1,2 %), очаговый – 27 (1,2 %), казеозная

пневмония – 5 (0,2 %). Основной клинической формой, приведшей к смерти больных, являлся фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 142 случая (72,8 %), диссеминированный туберкулез – 47 эпизодов (24,1 %) и остро прогрессирующие формы туберкулезного процесса – 6 случаев (4,1 %) ( $r = 0,7$ ).

Как видно из представленной выше информации, в 2009 г. большинство больных умерло от активного туберкулезного процесса (80,6 %). Клиническая и социальная характеристика 195 пациентов, умерших от туберкулеза, дает основания предполагать наличие трудностей в возможности излечения представленной категории больных. К таким обстоятельствам можно отнести следующие: 95,3 % умерших страдали полиорганным туберкулезным процессом (фиброзно-кавернозный и диссеминированный), причем более половины больных (57 %) страдали туберкулезом более 2 лет, 61 % умерших злоупотребляли алкоголем, что, скорее всего, «мешало» проведению полноценного лечения. Кроме того, 50,7 % умерших имели сопутствующие заболевания, что также могло негативно отразиться на проводимом лечении, влияя на общую резистентность организма больных. Перечисленные обстоятельства могли способствовать развитию остро прогрессирующих форм туберкулеза, которые были обнаружены при аутопсии в 6 случаях (4,1 %).

Из числа пациентов, умерших от нетуберкулезной патологии, было 38 (80,9 %) мужчин и 9 (19,1 %) женщин, в возрасте: 18–40 лет – 11 (23,4 %) человек, 41–60 лет – 19 (40,4 %) пациентов, 60 лет и старше 17 (36,2 %) человек. При аутопсии данной категории больных чаще всего выявлялись злокачественные новообразования, преимущественно рак легкого – 13 (27,7 %) случаев, болезни органов дыхания – 10 (21,3 %) эпизодов, болезни органов кровообращения – 8 (17 %) случаев, заболевания нервной системы – 4 (8,5 %) случая, заболевания мочеполовой системы – 1 (2,1 %) случай, заболевания желудочно-кишечного тракта – 3 (6,4 %) эпизода. Реже причиной смерти больных туберкулезом являлись инфекционные заболевания – 5 (10 %) случаев, в том числе 2 эпизода смерти больных от гриппа АН1N1 и 3 случая смерти от ВИЧ-инфекции, другие причины имели место в 3 (6,4 %) случаях.

Изучение 18 рецензий на случаи расхождения заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов показало следующее: в ряде случаев имела место неверная оценка состояния больного или неправильная интерпретация результатов рентгенологического обследования (субъективные причины), в отдельных случаях было невозможно выполнить инструментальное исследование для уточнения клинического диагноза по техническим причинам (объективные причины) или имели место значительные трудности в установлении правильного диагноза в связи с атипичным течением заболевания или редкостью клинической патологии, например: дилатационная кардиомиопатия, тромбоз легочной артерии, рак печени, осложненный эрозией желудка и желудочным кровотечением, миокардит. Очевидно, что вышеперечисленные диагнозы требуют от фтизиатров значительной терапевтической подготовки. Интересно отметить, что у отдельных больных рак легкого был завуалирован данными посттуберкулезного анамнеза, в связи с чем предполагалось обострение туберкулезного процесса, что ввело клиницистов в заблуждение, так как имевшиеся особенности клинической и рентгенологической картины могли иметь место как при раке легкого, так и при туберкулезе.

#### **Выводы.**

1. Наиболее пристальное внимание необходимо обратить на асоциальные группы больных, у которых чаще развивается обострение специфического процесса, что может привести к летальному исходу.

2. Диагностику заболевания больных легочной патологией следует проводить после тщательного анализа клинико-рентгенологических данных и решения вопроса о диагностике коллегиально на врачебных конференциях.

#### **Список литературы**

1. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / под ред. Ю. Н. Левашова, Ю. М. Репина. – СПб. : ЭПБИ-СПб., 2006. – 516 с.

2. Мишин, В. Ю. Лекции по фтизиопульмонологии / В. Ю. Мишин, А. Н. Стрелис, В. И. Чуканов и др. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 500 с.

3. Ерохин, В. В. Патологоанатомическая диагностика основных форм туберкулеза (по данным секционных исследований) / В. В. Ерохин, Л. Е. Гедымин, З. С. Земскова и др. – М. : Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, 2008 – 74 с.

**Животовский** Борис Григорьевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры туберкулеза ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-51-33, e-mail: agma@astranet.ru.