

**О.Н. Чабанова<sup>1</sup>, Е.Н. Стрельцова<sup>1</sup>, Н.А. Степанова<sup>1</sup>, Л.Ю. Афонина<sup>2</sup>**

## **СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР УТЯЖЕЛЕНИЯ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА У ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДОВ**

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

<sup>2</sup>Филиал № 7 ФГУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Астраханской области»

Показатель первичной инвалидности по туберкулезу как в России, так и в Астраханской области, за последние 19 лет увеличился более, чем в 2 раза. Одной из причин инвалидизации больных туберкулезом является наличие сопутствующих заболеваний внутренних органов. В динамике частота сопутствующей патологии увеличилась с 31,1% до 40,8%. Среди впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза как в 1988, так и в 2007 году, чаще встречалась патология со стороны органов дыхания, алкоголизм и заболевания желудочно-кишечного тракта.

*Ключевые слова:* туберкулез, инвалидность, сопутствующая патология.

O.N. Chabanova, E.N. Streltsova, N.A. Stepanova, L.U. Afonina

## **ACCOMPANYING PATHOLOGY AS THE AGGRAVATING FACTOR OF THE TUBERCULOSIS PROCESS WITH THE FIRST ACKNOWLEDGED INVALIDS**

Index of primary disability through tuberculosis has increased as in Russia so in the Astrakhanian region more than twice for the last 19 years. One of the reasons of tubercular patients invalidization is the presence of the accompanying diseases of internal organs. In dynamics frequency of accompanying pathology has increased from 31,1% to 40,8%. Among the first acknowledged tubercular invalids as in 1988 so in 2007 the pathology of respiratory organs, alcoholism and gastro-intestinal diseases were more often observed.

*Key words:* tuberculosis, disability, accompanying pathology.

Неблагополучие эпидемиологической ситуации по туберкулезу обуславливает рост инвалидизации населения [1]. Инвалидизация при туберкулезе обусловлена не только клинической формой заболевания, но в большей степени зависит от тяжести клинических проявлений процесса, в частности, от наличия бактериовыделения, осложнений и сопутствующей патологии. К потере трудоспособности приводят поражения туберкулезом любой локализации - все формы туберкулеза легких, костей и суставов, органов пищеварения, мочеполовой и других систем. Стойкая потеря трудоспособности, вызванная заболеванием, рассматривается как следствие недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий и основание для назначения социальной помощи, величина которой определяется также степенью наступившей инвалидности [2]. По данным литературы, среди лиц, впервые признанных инвалидами, удельный вес лиц трудоспособного возраста составляет 53%. Ежегодный экономический ущерб от инвалидизации населения превышает 40 млрд рублей [3]. Структура и динамика первичной инвалидности представляют большой интерес как элементы социально-экономической ситуации в стране [4].

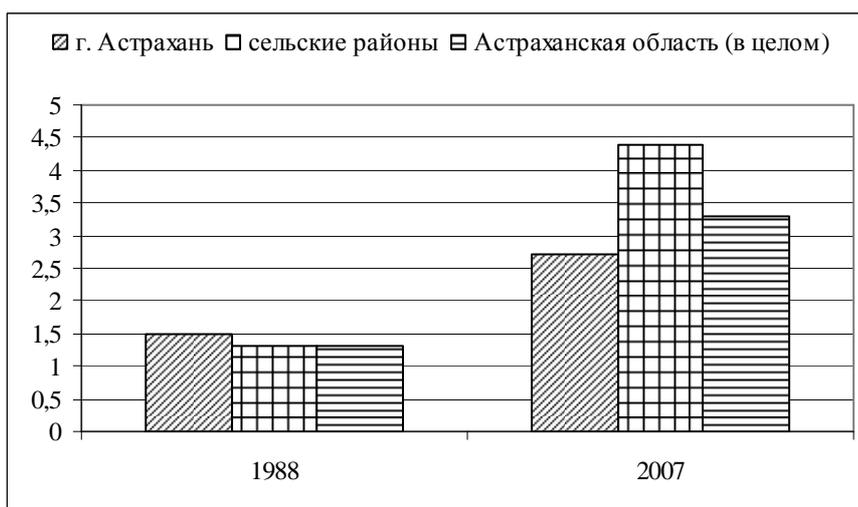
Показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза в Российской Федерации в 1988 г. – 1,3, в 1999 г. – 2,0, в 2003 г. – 2,0 на 10 000 населения, в 2007 г. – 28,7% от впервые выявленных больных. В Астраханской области данный показатель только в 1988 году был на уровне Российского, а в 1998 г. – 4,3 на 10 000 населения, т.е. выше в 2,1 раза. В 2007 году – 3,2 на 10 000 взрослого населения. В Южном Федеральном округе, куда входит Астраханская область, показатель первичной инвалидности вследствие туберкулеза в 2003 г. – 3,0‰ (рис. 1).



**Рис. 1. Динамика первичной инвалидности вследствие туберкулеза в Российской Федерации и Астраханской области 1988-2007 гг. (на 10 000 взрослого населения)**

Динамика уровня первичной инвалидности вследствие туберкулеза за 1988 – 2007 годы по Астраханской области свидетельствует о неблагоприятной общей тенденции увеличения этого показателя в городской, сельской местности и в целом по области среди взрослого населения (рис. 2).

Одной из важных причин инвалидизации больных туберкулезом являются осложнения и сопутствующие заболевания.



**Рис. 2. Динамика показателя первичной инвалидности вследствие туберкулеза в г. Астрахани, сельских районах, в целом по Астраханской области в 1988 г. и в 2007 г. (на 10 000 взрослого населения)**

Целью настоящего исследования явилось изучение в динамике сопутствующей патологии у впервые признанных инвалидами по туберкулезу (в 1988 г. и в 2007 г.). В 1988 году по Астраханской области среди 119 впервые признанных инвалидов вследствие туберкулеза сопутствующие заболевания встречались у 31,1% пациентов. Инвалидов, имеющих два сопутствующих заболевания, – 8,1%, три – 5,4%. В г. Астрахани инвалидов, имеющих сопутствующие заболевания, было 40,9%, т. е. в 2,2 раза больше, чем в сельских районах. Среди инвалидов, проживающих в городе, наиболее часто отмечалась патология со стороны желудочно-кишечного тракта – 29,7%, алкоголизм – 25,9%, хронические неспецифические заболевания органов дыхания – 11,1%, одинаково часто – ишемическая болезнь сердца, психические и нервные болезни, сахарный диабет – 7,4%, заболевания почек – 3,7%, прочие – 7,4%. У мужчин сопутствующая патология встречалась в 3 раза чаще, чем у женщин.

В сельских районах области в 1988 году инвалидов с сопутствующей патологией было 18,6%, что меньше, чем в городе и в целом по области. Патология со стороны желудочно-кишечного тракта – 35,2%, алкоголизм – 21,6% – это в 1,2 раза меньше, чем в г. Астрахани. Хронические неспецифические заболевания органов дыхания – 10,8%, одинаково часто, но больше, чем в городе, встречались инвалиды с психическими и нервными болезнями – 8,1%, сахарный диабет – 8,1%, прочие болезни – 8,1%. Реже, чем в городе, встречалась ишемическая болезнь сердца – 5,4%.

Таким образом, у инвалидов, проживающих в городской местности, частота сопутствующей патологии выше, чем у инвалидов из сельской местности и в целом по области. Наиболее часто – это патология желудочно-кишечного тракта и алкоголизм. Сопутствующие заболевания встречались в 3 раза чаще среди мужчин, чем у женщин.

В 2007 году ситуация изменилась. По сравнению с 1988 г. в Астраханской области удельный вес инвалидов, имеющих сопутствующие заболевания, увеличился с 31,1% до 40,8%. В сравнении с 1988 годом частота сопутствующей патологии в сельских районах увеличилась с 18,6% до 45,5%, т.е. в 2,5 раза. Наиболее часто встречались хронические неспецифические заболевания органов дыхания – 38,7%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 20,9%. В сравнении с 1988 годом, в 2007 году среди впервые вышедших на инвалидность увеличился удельный вес заболеваний печени – 8,0%, страдающих алкоголизмом 26,4%, ишемическая болезнь сердца, как сопутствующее заболевание составила – 4,8%, психические и нервные болезни – 3,3%, сахарный диабет – 3,3%, заболевания почек – 3,2%.

В Астрахани в 2007 году частота сопутствующей патологии составила 36,3%, что меньше, чем в сельских районах и по области в целом. В сравнении с 1988 годом среди инвалидов города сопутствующая патология незначительно уменьшилась с 40,9% до 36,3%. В 2007, как и в 1988 г., высок удельный вес инвалидов, страдающих алкоголизмом – 26,4%. Хронические заболевания органов дыхания – 16,9%, ишемическая болезнь сердца – 13,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 11,3%, заболевания почек – 9,4%, патология печени – 7,5%, психические и нервные болезни – 7,5%, сахарный диабет – 7,5%. Инвалиды, имеющие по два сопутствующих заболевания, – 8,7%, по три – 3,4%.

Таким образом, частота сопутствующей патологии увеличилась преимущественно среди инвалидов, проживающих в сельской местности в 2,5 раза, а по области – в 1,3 раза. Среди впервые признанных инвалидами вследствие туберкулеза как в 1988, так и в 2007 году, чаще встречалась патология со стороны органов дыхания, алкоголизм и заболевания желудочно-кишечного тракта. Снижение доли патологии можно объяснить тем, что больные, возможно, не были своевременно осмотрены узкими специалистами или были выписаны за нарушение режима.

Хирургический метод лечения легочного и внелегочного туберкулеза является наиболее радикальным и эффективным, позволяющим сократить сроки пребывания в стационаре, уменьшить число лиц, выходящих на инвалидность. С этих позиций интересен объем оперативной помощи инвалидам Астраханской области в 1988 и в 2007 гг.

По Астраханской области в 1988 году удельный вес всех инвалидов, получивших оперативное лечение, составлял 36,1%. В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу в Астраханской области в последние годы, увеличением числа больных с тяжелым, распространенным процессом остро стоят вопросы хирургического лечения. Анализ объема хирургической помощи в 2007 году показал его снижение. Это связано, в первую очередь, с неэффективным отбором на оперативное лечение, наличием противопоказаний из-за сопутствующей патологии, распространенными, двухсторонними процессами в легких. Кроме того, увеличился отказ больных от операции, основой мотивации чего является боязнь потерять работу, утраты профессиональных связей. С другой стороны – с ростом удельного веса деклассированных элементов (алкоголики, наркоманы, бомжи, освободившиеся из тюрем), которые не желают лечиться. Следствием

этого явился рост числа инвалидов. Так, по области в 2007 году оперативное лечение получили 15,3% инвалидов, проживающих в городе – 16,7%, в сельской местности – 13,9%.

Таким образом, отмечается снижение хирургической активности как среди городских, так и среди сельских инвалидов. В сравнении с 1988 г. в 2007 г. по области уменьшился объем хирургической помощи почти в 2 раза. Больные хроническим туберкулезом практически не получают оперативное лечение.

Проведенное исследование показало, что факторы, способствующие наступлению стойкой утраты трудоспособности, многообразны и могут быть отнесены как к медицинским, так и к социальным. К медицинским относится такой фактор, как прогрессирование туберкулеза вследствие различных причин, а также при наличии сопутствующих заболеваний со стороны сердца, почек, печени, распространенные деструктивные процессы, наличие лекарственной устойчивости. К социальным факторам – выполнение тяжелого физического труда в неблагоприятных условиях, профессиональные вредности, плохая материальная обеспеченность многодетных семей, недостаточное питание, а также асоциальный образ жизни и недисциплинированность инвалидов. В последние годы все чаще приходится усиливать группу инвалидности при хроническом алкоголизме. Следует отметить, что более чем у половины инвалидов было сочетание нескольких таких факторов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Болотова Е.В., Терещенко Т.В. Структура первичной инвалидности при туберкулезе в Краснодарском крае // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. - № 3. – С. 43-44.
2. Двойрин М.С., Бальцева Л.Б., Лаптева Н.А. Причины инвалидности в связи с туберкулезом и резервы ее снижения // Проблемы туберкулеза. – 1987. – № 2. – С. 12-16.
3. Полунин В.С. Медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста // Советское Здравоохранение. – 1991. – № 9. – С. 27-32.
4. Храмов И.А. Структура и уровень первичной инвалидности в Российской Федерации // Врач. – 2003. – № 3. – С. 52-54.

**Чабанова** Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры туберкулеза ГОУ ВПО АГМА Росздрава, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: astrhromov@mail.ru

**Стрельцова** Елена Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой туберкулеза ГОУ ВПО АГМА Росздрава

**Степанова** Наталья Александровна, старший лаборант кафедры туберкулеза ГОУ ВПО АГМА Росздрава  
**Афонина** Любовь Юрьевна, руководитель филиала № 7 ФГУ ГБ МСЭ по Астраханской области