

УДК: 614.442.- 616.24-002.5

ВЛИЯНИЕ НА ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ И ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.В. АЛИЕВ

Азербайджанский Медицинский Университет, Азербайджан, г. Баку

СИЛ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ АНИҚЛАШ ВА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИДА КУЗАТИШ БЎЙИЧА ЧОРАЛАРНИНГ ЎЛИМ ОҚИБАТЛАРИГА ТАЪСИРИ

А.В. АЛИЕВ

Озорбойжон медицина университети, Озорбойжон, Боку

IMPACT ON LETHAL OUTCOME MEASURES TO IDENTIFY AND DISPENSARY OBSERVATION TUBERCULOSIS

A.V. ALIEV

Azerbaijan Medical University, Azerbaijan, Baku

При оценке и сравнении заболеваемости туберкулезом в различных странах необходимо учитывать значительные различия в организации выявления больных и установления диагноза туберкулеза. Истинное значение показателя заболеваемости в любой стране мира всегда отличается от его регистрируемого значения. Эта разница, порой весьма существенная, зависит прежде всего от эффективности выявления больных туберкулезом, которая неодинакова не только в разных странах, но даже в отдельных регионах внутри каждой из них.

В связи с этим Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) использует систему оценки значений основных эпидемиологических показателей (заболеваемость, заболеваемость с бактериовыделением, смертность и распространенность), на основе которой рассчитывают публикуемые в ежегодных отчетах данные по туберкулезу и производят сравнение стран между собой.

В 2008-2009 гг. в рамках деятельности Целевой Рабочей группы ВОЗ по оценке воздействия туберкулеза (WHO Global Task Force on TB Impact Measurement) была модифицирована методология оценки заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза.

Согласно оценке ВОЗ, в мире в 2008 году туберкулезом заболело 9,4 млн человек (140 на 100 тыс. населения), причем у 4,3 млн из них имело место бактериовыделение, определяемое при микроскопии мокроты (64 на 100 тыс.) Среди заболевших туберкулезом около 15% (13-16%) одновременно являются больными ВИЧ-инфекцией (около 1,4 млн), причем 78% из них - из стран Африканского региона и 13% - Юго-Восточного региона ВОЗ [43].

Большинство заболевших туберкулезом, согласно оценке, проживает в странах Азиатского (55%) и Африканского регионов (30%). Суще-

ственно меньше случаев заболевания возникло в странах Восточно-Средиземноморского (7%), Европейского (5%) и Американского (3%) регионов [40, 41, 42, 43].

При общем уровне оцениваемой заболеваемости в Африканском регионе, равном 350 на 100 тыс., в Свазиленде и Южно-Африканской Республике значение показателя достигает 1200 и 960 соответственно. Высокий уровень заболеваемости отмечен также в странах Юго-Восточной Азии. В то же время в странах Америки уровень заболеваемости самый низкий [19, 20, 21, 22, 24, 28, 30, 32, 33, 34, 39, 40, 41].

По данным 2008 года, в число пяти стран, где болеет туберкулезом наибольшее число лиц, входят Индия (1,6-2,4 млн), Китай (1,0-1,6 млн), Южно-Африканская Республика (0,38-0,57 млн), Нигерия (0,37-0,55 млн) и Индонезия (0,34-0,52 млн). Только в Индии и Китае возникает 35% всех новых случаев и рецидивов туберкулеза в мире [20, 33, 36, 38, 39, 41, 42, 43].

Согласно оценке ВОЗ, наибольшая заболеваемость туберкулезом в Европейском регионе (более 120 на 100 тыс. населения) имеет место в Таджикистане, Казахстане, Республике Молдова, Кыргызстане, Румынии и Узбекистане [41, 42, 43].

Эпидемическая обстановка и величина показателя смертности во многом определяются уровнем организации своевременной диагностики туберкулеза. К примеру, как в Азербайджане, так и в России в конце 80-годов наблюдалось снижение эффективности работы по выявлению новых случаев заболевания [1]. Так, охват населения профилактическими осмотрами на туберкулез в РФ сократился с 75,3% в 1986г. до 54,7% в 1996г [2, 3, 4, 5]. Аналогичная ситуация наблюдалась и в Азербайджане. Сократилось число больных, выявляемых при проверочных осмотрах, и возросла доля выявленных по обра-

щаемости. В 2003-2005гг. охват населения флюорографическими осмотрами составлял 57-58% и оставался более низким, чем двадцать лет назад. Доля больных, выявленных активно, составляет в среднем по России за 2004-2006гг. 53-55% [3, 7, 8, 10]. В отдельных территориях этот показатель значительно ниже. Например, в Москве в 1995 г. выявлено активно было всего 10% больных, при обращении в поликлиники - 60%, в стационарах общей лечебной сети - 30%. При недостаточном объеме проверочных осмотров своевременно не выявленные больные остаются без лечения, в результате у них формируются распространенные и запущенные клинические формы, приводящие в различные сроки к летальным исходам [2, 4, 6, 9]. Того же мнения придерживаются иностранные авторы [19, 20, 21, 23, 25, 26, 27]. Среди впервые выявленных больных удельный вес запущенных форм туберкулеза увеличился за период с 1985 по 2001г. в 1,8 раза, число распространенных форм выросло с 3,4% в 1988г. до 40% в 1998г [2, 3, 4, 8, 9, 10]. Если в 1980- 1989гг. 34,4% пациентов, умерших от остро прогрессирующих форм туберкулеза, были выявлены при флюорографическом обследовании, а 65,6% при обращении за медицинской помощью, то в 1990-1999г. соотношение выявленных при флюорографическом обследовании и по обращению составило соответственно 16,3% и 83,7% [2, 3, 8, 10]. По данным ряда авторов доля выявленных при обращении среди всех умерших от туберкулеза достигает 93- 95% [2, 4, 5, 6, 13].

Среди бактериовыделителей удельный вес лиц, выявленных пассивно, вырос за последние 15 лет с 47,1%, до 80,6%. Показатель летальности пациентов этой группы составляет от 5,4% до 20,0%, в то время как среди выявленных активно он равен 1,3% [2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14].

На Украине, где активное выявление туберкулеза методом флюорографии было практически сведено на нет, число впервые выявленных больных с запущенными, распространенными и остро прогрессирующими формами заболевания увеличилось с 21% в 1990 г. до 49% в 2002 г. В настоящее время выявляется при обращении 69,8 + 10,7% больных [12, 32].

Одним из свидетельств позднего выявления туберкулеза является высокий удельный вес больных, умерших в год выявления, среди всех умерших, а также посмертная диагностика заболевания. Процент больных, умерших от туберкулеза в первый год наблюдения, среди всех случаев смерти характеризует несвоевременность выявления больных туберкулезом и продолжает оставаться на крайне высоком уровне. В 2005г. в среднем по РФ этот показатель составил

22,7% [3, 5, 8]. По данным иностранных авторов величина этого показателя составляет от 6,5% до 23,0% [19, 20, 21, 31, 33, 35].

По распоряжению Президента Азербайджанской Республики с 17 февраля по 30 апреля 2014 года, в республике был организован масштабный профилактический осмотр населения. Предполагалось, что осмотры должны включать полные циклы обследования лиц соответствующих возрастов. В Губинском районе также были организованы профилактические осмотры населения.

Профилактические осмотры в Губе проводились в Центральной Районной Больнице и Лечебно-Диагностическом Центре. Кроме того, учитывая трудное географическое положение многих населенных пунктов района, были организованы выездные медицинские бригады. Так, в этом периоде 27 медицинских выездных бригад провели профилактические осмотры населения в 155 населенных пунктах и 64 организациях. К началу профилактических осмотров население Губинского района составляло 161434 человек. Были осмотрены 131238 человек (81.3%).

В 2014 году в Губинском районе было зафиксировано 150 больных с впервые выявленным туберкулезом легких и других органов. Мы условно разделили этих больных в две группы. В первую группу вошли 34 больных, которые были выявлены в период проведения профилактических осмотров населения. Во вторую же группу вошли остальные 116 больных.

Было установлено, что число зарегистрированных деструктивных форм туберкулеза в первой группе достоверно ниже, чем во второй группе. Это еще раз показывает эффективность профилактический осмотров.

Две трети больных умирают в первые 3 месяца после постановки на учет. У 20,9-33,3% впервые взятых на учет больных при госпитализации в стационар летальный исход наступает в первые 7 дней, у каждого третьего - в течение месяца, при казеозной пневмонии доля летальных исходов в первые 2 месяца достигает 71,4%. Средние сроки наступления летальных исходов составляют 3,95±0,9 мес. Среди умерших от туберкулеза в стационаре доля впервые выявленных больных составляет 46,7% [2, 4, 5, 11, 17].

Наступление смерти в короткие сроки после выявления является следствием недостатков в организации проверочных осмотров населения. Анализ сроков флюорографического обследования, предшествующего выявлению туберкулеза у больных, умерших на первом году наблюдения, показывает, что 37,9% лиц не были обследованы более трех лет, 17,5% - более пяти лет. Диагноз туберкулеза был поставлен при профи-

лактическом осмотре только 6,8% пациентам этой группы [2, 3, 4, 6, 15, 18]. Обращает на себя внимание, что летальные исходы при позднем выявлении наступают в значительно более молодом возрасте.

Негативно влияет на эпидемическую ситуацию и способствует беспрепятственному распространению инфекции посмертная диагностика туберкулеза у больных, неизвестных противотуберкулезным диспансерам. Удельный вес умерших от туберкулеза, выявленного на аутопсии, за период с 1990 г. существенно увеличился и в отдельных территориях России составляет от 1,5% до 30% от числа всех умерших. В 70-75% случаев причиной смерти является ФКТ, что свидетельствует о недостатках в работе по профилактике, раннему выявлению и диагностике туберкулеза, а также дефектами в просветительской работе среди населения. Некоторые авторы отмечают высокий процент милиарной формы туберкулеза (31%) среди случаев посмертной диагностики заболевания. Лица, у которых туберкулез был диагностирован посмертно, в основном не работали, страдали хроническим алкоголизмом или бытовым пьянством, неадекватно оценивали свое здоровье и не обращались за медицинской помощью. В связи с этим организовать профилактические обследования на туберкулез этой группы населения крайне сложно [3, 5, 12, 15, 16].

По результатам судебно-медицинских вскрытий туберкулез как основная и сопутствующая патология встречается в 1,5-1,7% от общего числа вскрытий и является основной причиной летальных исходов среди всех случаев ненасильственной смерти от инфекционных болезней, как сопутствующая патология - в 32,9-33,1% случаев [4, 5, 6, 13, 18].

Весьма важным фактором, оказывающими влияние на летальный исход туберкулеза, является распространенность туберкулезного процесса. В современных условиях наблюдается рост удельного веса распространенных специфических процессов с выраженными клиническими проявлениями, среди которых ведущей в структуре впервые выявленного туберкулеза является инфильтративная форма. При случаях заболевания с малой распространенностью (бронхолобулярных инфильтратах) специфический процесс у 100% больных занимает 1-2 сегмента. Аналогичная распространенность специфических изменений наблюдался у 100% больных с округлыми инфильтратами и у 50% пациентов при облаковидных типах инфильтратов [4, 5, 6, 13, 18, 19, 20, 21, 27, 29, 44].

Поражения одной доли характерно для более распространенных инфильтратов, таких как

периссиссурит (87,0+6,0%) и лобит (44,3+6,3%). В 56,2% наблюдений занимали 1 долю облаковидные инфильтраты. Лобиты в 55,7%+6,3% случаев характеризовались поражением 1 доли и более. По данным других авторов распространенность процесса у больных с этой клинической формой в пределах 1-2 сегмента составляет 58,1+4,8%, поражение доли - 38,0+4,7%, больше доли - 31,9+1,9% [3, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 19, 21]. Ряд авторов провели сравнительный анализ тяжести туберкулезного процесса в органах дыхания у пациентов в 1989-1990 гг. и 1993-1995 гг. и не выявили изменения клинической структуры [1, 3, 5, 7, 8]. Это дает им основания считать, что преобладающее большинство впервые выявленных больных - лица с курабельными формами заболевания, у которых можно было ожидать благополучный исход [1]. У других авторов получены противоположные данные, в соответствии с которыми за период с 1990 по 2001 гг. у впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом доля распространенных инфильтратов протяженностью более 2 сегментов возросла на 60%, полостей распада диаметром 2 см и более - на 64% [3, 4, 8, 10, 11, 12].

У больных с рецидивами наблюдается значительно большая протяженность туберкулезного процесса. Всего у 19-21,2% пациентов с пещеристыми изменениями локализованы в пределах 1 доли. У наибольшего процента больных (69,7-71,5 %) они определяются в 1-2 долях, а у 9,5-9,1 % распространены на 3 доли и более. В 71,4-75,7% случаев выявляются деструктивные изменения [3, 6, 8, 9, 11, 13, 16, 37].

Существует прямая зависимость распространенности патологического процесса в легких от сроков установления диагноза туберкулеза. Например, у 27,0% больных, диагноз казеозной пневмонии которым был поставлен в первые 3 недели заболевания, специфическое поражение ограничивалось 1 долей с небольшими кавернами до 2 см в диаметре. У 50,0% больных диагноз установлен к концу 1 месяца, из них у 50,0% специфический процесс поражал 2 доли, а у остальных 50,0% - уже 3 доли легких и более с преобладанием каверн свыше 4 см в диаметре. У всех больных, выявленных через 2 месяца после лечения в стационарах общей лечебной сети (23,0%), казеозно-некротические изменения распространялись на 3 доли легких и более с наличием гигантских каверн и множественных очагов диссеминации [3, 4, 5, 8, 9, 14, 17, 19, 20, 21, 28, 30, 31].

При удлинении сроков между двумя очередными флюорографическими обследованиями более 5 лет распространенность процесса на долю легкого и более наблюдается у 85,8% впер-

вые выявленных больных, деструктивные изменения - у 78,3%, выделение возбудителя во внешнюю среду - у 84,0% [3, 8, 9, 11, 12, 13].

Распространенность процесса взаимосвязана с социальной принадлежностью больного. Так, среди неработающих лиц удельный вес бронхолобулярных инфильтратов невелик (12,6+3,4%), а лобитов значителен (35,8+4,9%). Это связано с преобладанием в данной группе больных социально неблагополучных лиц с большим числом отягощающим факторов (низкой материальной обеспеченностью, отсутствием санитарной культуры, хроническим алкоголизмом), что обуславливает отсутствие беспокойности о своем здоровье [2, 3, 8, 12, 16, 20, 22].

В последние годы отечественные и зарубежные специалисты ведут дискуссию о целесообразности проведения мероприятий по активному выявлению туберкулеза, преимуществах и недостатках различных методов, используемых в учреждениях здравоохранения различного профиля для диагностики заболевания [19, 20, 21, 23, 27, 32, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 41, 42].

Некоторые авторы считают, что метод проверочных флюорографических осмотров населения по различным причинам нуждается в значительной переоценке: в связи с невозможностью восстановить проверочные обследования в прежнем объеме в новых экономических условиях, высокой затратностью метода, обусловленной высоким процентом брака, пропусков патологии, несвоевременным дообследованием пациентов. Кроме того, имеются определенные трудности в организации проверочной флюорографии в территориях в связи с низкой плотностью населения [3, 8, 9, 10, 12, 16].

Существует мнение, что при выявлении туберкулеза можно ограничиться кругом лиц, обратившихся к врачу с симптомами, подозрительными на туберкулез. С такой постановкой вопроса не совсем можно согласиться. Во-первых, от 16 до 40,0% больных при выявлении туберкулеза жалоб не предъявляют в 29 связи с бессимптомным течением заболевания [38]. При малых формах туберкулеза органов дыхания заболевание протекает малосимптомно в 49,1% случаев. В.С. Kibrik указывает на отсутствие жалоб у 7 % больных с бактериоскопически положительным туберкулезом [32].

Однако по данным А.С. Rhines процент случаев бессимптомного течения у данной категории пациентов больше (21-30%) [29]. Во-вторых, клинические проявления туберкулеза легких весьма полиморфны и сходны с клинко-рентгенологической картиной множества болезней.

Маловыраженные симптомы заболевания, протекающего на начальных стадиях под маской гриппа, ОРВИ, пневмонии, далеко не всегда настораживают больных и заставляют их обращаться за медицинской помощью. Число таких случаев особенно велико среди лиц пожилого возраста, отягощенных множественной сопутствующей патологией. В тоже время в молодом возрасте от 15 до 40 лет клиническая картина туберкулеза более яркая, чаще сопровождается выраженными симптомами интоксикации и поражения внутренних органов. В-третьих, имеет значение сложность дифференциальной диагностики туберкулеза с другими заболеваниями. Значительное число пациентов поступает в больницы и отделения общего профиля, где получают лечение по поводу ХНЗЛ, пневмонии, онкологической патологии различной локализации. В 43% случаев смерти к летальному исходу приводит задержка диагностики остро прогрессирующих форм туберкулеза в стационаре общей лечебной сети от 2 недель до 2 месяцев. Часть пациентов в начале заболевания обращаются к врачам различных специальностей с жалобами на заболевания других органов (желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов и др.) и лишь в дальнейшем присоединяются симптомы поражения легких [3, 10, 12, 21, 28, 30, 33, 35, 38].

Характер и продолжительность симптомов туберкулеза имеют некоторые особенности в зависимости от клинической формы заболевания. При формировании острого диссеминированного туберкулеза около двух третей больных отмечают быстрое нарастание симптомов в течение нескольких дней, недель, реже месяцев до обращения за медицинской помощью. При этом в клинической картине на первый план выступают жалобы на высокую температуру и лихорадку (95%), снижение веса. Все больные казеозной пневмонией отмечают сильный кашель с мокротой, слабость и потерю массы тела, которая у 60% пациентов достигает 10 кг и более. При подостром диссеминированном туберкулезе выраженные признаки заболевания отмечают 82,2% лиц. По результатам исследований А. Gebhard и L. Gillini установлено, что при инфильтративном туберкулезе жалобы предъявляют 55-70% впервые выявленных больных [27, 28], у остальных возникновение заболевания происходит бессимптомно.

Исследования А.Е. Asuquo и P. Salgame показали, что высокая температура, сопровождающая более яркую клиническую картину, наряду с массивным бактериовыделением и предшествующим снижением веса прогнозирует более низкие результаты лечения [20, 38].

Следует отметить, что даже при наличии симптомов туберкулеза сроки обращения пациентов к врачу весьма различны. С одной стороны, позднее обращение больных за медицинской помощью приводит к прогрессированию специфического процесса и является одной из причин выявления запущенных форм, которые, в свою очередь, приводят к летальному исходу. С другой стороны, среди больных, выявленных активно, почти 2/3 пациентов, имели жалобы, но не обращались за медицинской помощью. В группе больных, имевших в 65% двусторонний специфический процесс в легких, в 80% - бактериовыделение и 43% - множественные полости распада, всего 16,5% пациентов расценили свое состояние при обращении за медицинской помощью как плохое или очень плохое. Продолжительность периода с момента появления симптомов заболевания до обращения к врачу зависит от социального статуса больного и значительно длиннее у инвалидов, пенсионеров, безработных, а также лиц, страдающих хроническим алкоголизмом [3, 6, 9, 12, 16, 19, 20, 21, 28, 33].

Вместе с тем, Е.П. Какоркина и Т.И. Малыхина считают, что врачи общей лечебной сети имеют сложившийся стереотип представлений о туберкулезе, как о малосимптомном заболевании [8, 10]. За более чем 30-летний период функционирования в нашей стране принудительной системы выявления больных туберкулезом с помощью флюорографических обследований они утратили навыки дифференциальной диагностики туберкулеза. В результате чего заболевшие и обратившиеся в соматические лечебные учреждения обследуются до 3-4 месяцев, прежде чем им устанавливается правильный диагноз.

Существуют отдельные высказывания о том, что при организации выявления заболевания основное внимание необходимо уделять методу микроскопии мазка мокроты с окраской по Циль-Нельсену. Это связано с большей доступностью и низкой стоимостью данного метода, коротких сроков получения результатов и, следовательно, возможностью своевременной изоляции наиболее опасных с эпидемиологической точки зрения больных [3, 10, 16].

Однако бактериологическая диагностика туберкулеза возможна достаточно поздно, часто только после возникновения распада легочной ткани и появления кашля с мокротой. Чем больше промежуток времени от начала заболевания до выявления больного и начала лечения, тем выше его эпидемиологическая опасность как источника и резервуара туберкулезной инфекции. Поэтому привычный для России метод активного выявления туберкулеза контрольным лучевым исследованием легких практически не-

заменим для своевременного выявления болезни и более раннего начала лечения. Микроскопия мокроты является дополнительным методом выявления туберкулеза. Проведение ее среди лиц с легочными симптомами заболевания в поликлиниках и больницах общей лечебной сети в сочетании с диагностической флюорографией является первым необходимым и достаточно эффективным этапом диагностики туберкулеза [3, 10, 17].

Важным фактором, оказывающим воздействие на исходы туберкулеза, является лечение и диспансерное наблюдение пациентов. В настоящее время ежегодно в России остаются неизлеченными 30-40% впервые выявленных больных. Поэтому, несмотря на некоторое повышение показателей эффективности лечения больных, их следует признать неудовлетворительными. Остается довольно низкой эффективность лечения больных с рецидивами туберкулеза легких. Уже в период основного курса лечения уровень летальности среди больных с рецидивами туберкулеза составляет от 6,3% до 12,6%-21,4% [3, 8, 9, 12, 16].

Не позволяет обеспечить необходимое качество лечения и диспансерного наблюдения, приводит к летальным исходам социальная дезадаптация и недисциплинированность больных. От 2,6%-6,7% до 20,5 % умерших отказывались от лечения или лечились короткими курсами. По данным других авторов, процент случаев уклонения от лечения среди пациентов с летальными исходами значительно выше и достигает 71-80% [7].

Согласно данным некоторых авторов установлено, что 32-42% умерших от туберкулеза больных лечились нерегулярно: находились в стационаре по 2-3 месяца без последующего лечения или отказывались от хирургического вмешательства, не соблюдали больничный режим, в связи с чем досрочно выписывались или самовольно уходили из стационара. Не приходили в диспансер более 1 месяца после выписки из стационара 22,5% больных с наиболее тяжелой хронической формой заболевания - фиброзно-кавернозным туберкулезом. Треть пациентов в последующем отказывалась от амбулаторного лечения. После выписки из стационара 14,5% так и не были зарегистрированы в противотуберкулезных диспансерах и остались неизвестны им [3, 8, 9, 19, 20, 21].

В.М. Мельник и др. считают, что выписка больных из стационара за нарушение больничного режима не решает существующей проблемы [12]. Выписанные больные спустя некоторое время снова обращаются к фтизиатрам, которые не могут отказать им в предоставлении меди-

цинской помощи в условиях стационарного или диспансерного отделения. В связи с этим целесообразно создание закрытых противотуберкулезных учреждений, поскольку увеличение прав больных не может сочетаться с пренебрежением прав тех, кто еще не заболел. Для повышения мотивации больного к лечению ученые указывают на целесообразность использования различных медико-социальных мер (от выдачи продуктовых наборов до госпитализации по решению суда) [3, 12].

Несистематическое лечение приводит к прогрессированию и наступлению смерти несмотря на то, что у каждого третьего умершего в момент выявления туберкулеза были установлены благоприятные формы заболевания – очаговая или инфильтративная [3, 5, 13, 17].

Одной из причин недисциплинированности больных и их негативного отношения к лечению является злоупотребление алкоголем и прием наркотиков. У этих пациентов отмечаются более распространенные формы туберкулеза с массивным бактериовыделением, большим размером каверн, в связи с чем они представляют большую эпидемическую опасность для окружающих, эффективность их лечения низкая, а исходы характеризуется высоким уровнем летальности. Причинами таких особенностей течения туберкулеза у больных алкоголизмом, кроме плохих условий жизни и недостаточного питания, является снижение неспецифической резистентности организма и иммунодефицит. Доказано снижение под действием алкоголя количества Т-лимфоцитов. Среди социально-дезадаптированных больных с хроническими формами туберкулеза процент злоупотребляющих алкоголем составляет по данным различных авторов от 32-35% [12] до 68%, а среди мигрантов достигает 90%. Хроническим алкоголизмом и пьянством страдали 76-83% умерших от туберкулеза [3, 8].

Наличие наркомании у больных туберкулезом является отягощающим фактором, который позволяет отнести их к категории бесперспективных больных [3].

Некритическое отношение к себе и к своему здоровью, уклонение от медицинских осмотров, неудержимое влечение к постоянному приему наркотических средств, наличие абстинентного синдрома часто приводят к нарушению больничного режима, коротким курсам противотуберкулезной терапии. Около 75% больных с сочетанной патологией прерывают лечение в интенсивной фазе самовольным уходом и выпиской из стационара за нарушение больничного режима [3, 17]. Социальная дезадаптация больных с летальным исходом заболевания в опреде-

ленной мере связана с их пребыванием в заключении. Ранее отбывали различные сроки наказания в местах лишения свободы от 33% до 47,5% умерших от туберкулеза [3, 22].

Досрочное прерывание курсов химиотерапии, нерегулярный прием препаратов приводят к формированию лекарственной резистентности возбудителя туберкулеза у больных с последующим летальным исходом [3, 4, 5, 6].

Устойчивость МБТ определялась у 18,4-62,4% умерших [7]. Среди больных, умерших от рецидивов, доля случаев заболевания, обусловленных резистентными формами возбудителя туберкулеза, достигает 83,8%. В группе больных с МЛУ летальность от туберкулеза через 5 лет после начала лечения составляет 49,0%, среди больных с полирезистентностью - 44,0%. Иностранные авторы указывают, что среди лиц, умерших от туберкулеза в стационаре, множественная лекарственная устойчивость возбудителя была определена у 1,5-5,6% больных. По данным Российских специалистов, процент таких пациентов в десятки раз выше и достигает 76,8% [3, 5, 9, 16].

В соответствии с результатами более ранних исследований, влияние лекарственной резистентности возбудителя на летальные исходы не столь значительно. Устойчивость МБТ была зарегистрирована автором всего у 13,4% умерших. Ряд авторов считают, что наибольшее отрицательное влияние лекарственной устойчивости на результаты химиотерапии наблюдается в первые пять лет наблюдения, затем происходит сглаживание итоговых показателей в результате преодоления лекарственной устойчивости в процессе химиотерапии (изменение схем лечения, замена препаратов, к которым развилась устойчивость) [3, 8, 13, 15, 21]. Для предупреждения летальных исходов не менее важен контроль за организацией лечения больных и своевременная индивидуализация лечения. Анализ причин наступления смерти от туберкулеза в стационаре показывает, что у 24,2% умерших были допущены ошибки в лечении, у 40,0% не назначались своевременно резервные противотуберкулезные препараты, у 26,3% были занижены дозировки специфических средств [2, 5, 14, 18].

Неадекватная терапия и монотерапия приводит к селекции лекарственно-устойчивых мутантных штаммов. Способствует увеличению частоты лекарственной устойчивости возбудителя и неэффективности лечебных мероприятий нестабильное снабжение специализированных учреждений здравоохранения противотуберкулезными препаратами. Лекарственная резистентность не только снижает эффективность лечения больных туберкулезом, но и удлиняет

сроки их пребывания в стационаре и значительно повышает финансовые затраты на лечение [3, 8, 24, 28, 40, 41].

Результаты специальных исследований показывают, что заболевание туберкулезом в 32%-68% случаев отрицательно влияет на взаимоотношения больного человека с окружающими, приводит к распаду семьи (8-24%), ухудшает финансовое положение (60-64%) и положение в обществе (48%), способствует изменению образа жизни (68-84%) и нарушает жизненные планы (80-100%) [3, 7, 32, 33, 35].

В возможности излечения уверены более половины впервые выявленных больных и только 1/3 хроников. Половина пациентов хочет бросить лечение. Как для мужчин, так и для женщин, независимо от длительности заболевания, в большинстве случаев характерна поведенческая агрессия [3].

Таким образом, особенности социальной структуры и социальная дезадаптация больных туберкулезом требует пересмотра подходов в проведении лечения и диспансерного наблюдения. Осуществление мер социальной поддержки по повышению мотивации больных к лечению, предупреждению досрочного прерывания курсов химиотерапии повышает шансы излечения больных и позволяет предупредить летальные исходы заболевания.

Важное практическое значение имеет изучение экономических аспектов осуществления противотуберкулезных мероприятий. Это связано с тем, что туберкулез наносит обществу немалый экономический ущерб который определяется затратами на профилактику и лечение этого заболевания и трудовыми потерями, уменьшением производства общественного продукта в связи с потерей трудоспособности или преждевременной смертностью больного в трудоспособном возрасте.

В 60-70-е годы прошлого века в структуре экономического ущерба от туберкулеза прямые расходы составляли 25,3%, утраты, связанные с временной утратой трудоспособностью - 15,0%, потери вызванные инвалидностью - 25,6%, в связи со смертностью - 34,1%. В структуре затрат наибольшими были расходы на стационарное и санаторное лечение, содержание диспансеров и больниц (62,5%), санаториев (22,7%), амбулаторное лечение (3,7%), детские противотуберкулезные учреждения (3,9%) [3, 8, 9, 16].

Работы, опубликованные после 1991г., показывают, что в сложившейся эпидемиологической ситуации на содержание инфраструктуры противотуберкулезной службы (зданий, санаториев, коечного фонда, хозяйственного аппарата)

расходуется примерно 87-90% бюджетных средств [3, 9].

Ученые, оценивая общий экономический ущерб от туберкулеза как сумму прямых и косвенных потерь, вызванных туберкулезом и его последствиями, установил, что в 2001 г. общий экономический ущерб от туберкулеза только в Москве составил 27,5 у.е. на каждого жителя. Прямые расходы в экономических потерях от туберкулеза составляют всего 11,8%, косвенные потери в результате уменьшения трудового потенциала - 88,2%. Анализ суммарного социально-экономического ущерба, вызванного туберкулезом, показал, что его величина в 2,2 раза больше затрат на оказание противотуберкулезной помощи и в 3,4 раза больше расходов на содержание противотуберкулезных учреждений [3, 8, 12, 16].

В современных социально-экономических условиях необходимо изучение экономической эффективности и поиск оптимальных способов выявления и диагностики туберкулеза, организационных форм лечения, расчет и контроль экономических потерь [3, 6, 8].

Литература:

1. Алиев А.В. Критерии оценки качества медицинской помощи больным туберкулезом на диспансерном этапе // Проблемы биологии и медицины, 2015, №3 (84), ст. 116-119
2. Батыров Ф.А. Частота летальных исходов у больных с остро прогрессирующими формами туберкулеза / Материалы VII Российского Съезда Фтизиатров, 2003, Москва, Россия, с.125
3. Богородская Е.М., Смердин С.В., Стерликов С.А. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях. – Москва, Россия, Нью-Терра. 2011. 216с.
4. Глумная Т.В. Клиническая структура туберкулеза, обусловившего летальный исход заболевания / Сборник 13го Национального Конгресса по Болезням Органов Дыхания. СПб, Россия, 2003, ст. 385
5. Ерохин В.В., Пунга В.В., Скачкова Е.И. Формирование показателя смертности от активного туберкулеза на территориях курации Центрального НИИ туберкулеза РАМН // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2005, №12, ст. 8-14
6. Жебуртович Н.В. Причины смерти от туберкулеза в современных условиях / Материалы VII Российского Съезда Фтизиатров, 2003, Москва, Россия, ст. 13
7. Исламова Ф.И., Нуратинов Р.А., Абдурахманов Г.М. Заболеваемость туберкулезом людей в зависимости от вертикальной поясности их про-

- живания в Республике Дагестан // Медицинская Экология, 2009, №2, ст. 3-7
8. Какорина Е.П. Ситуация с туберкулезом в РФ и основные направления деятельности в целях успешной реализации противотуберкулезных мероприятий // Главврач, 2006, №4, ст. 18-20
9. Капков Л.П. Туберкулез в России в XX веке // Здравоохранение Росс.Федерации., 2002, №3, ст. 20-24
- 10.Малыхина Т.И., Амельченко А.А., Башкирев А.А. Совершенствование противоэпидемических мероприятий в сельских очагах туберкулеза в Белгородской области - Материалы научно-практической конференции «Междисциплинарные аспекты дифференциальной диагностики и лечения больных туберкулезом», 18-20 апреля 2012, г. Москва, Россия, ст.45-47
- 11.Мамедбеков Э.Н., Бадалова Х.С., Мамедова И.К. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Азербайджанской Республике за 2006-2010 годы - Сборник тезисов V международной научно-практической конференции по туберкулезу и легочным заболеваниям, 20-21 октября 2011 г., Баку, Азербайджан, ст. 59-60
- 12.Мельник В.М., Волошина В.В. Социально и медицинские проблемы туберкулеза в Украине // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2004, №2, ст. 22-24
- 13.Нечаева О.Б., Скачкова Е.И. Причины смертности от фиброзно-кавернозного туберкулеза в Свердловской области // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2005, №5, ст. 27-29
- 14.Нечаева О.Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации // Туберкулез и болезни легких. 2012. № 8. ст. 16-22.
- 15.Сметанина Е.А., Лукьяненко Н.В., Лысов А.В., и др. Возможности статистических методов для прогнозирования показателей смертности от туберкулеза и заболеваемости туберкулезом // Сибирское Медицинское Обозрение, 2012, том 75, №3, ст. 5-10
- 16.Сон И.М., Магнитский В.А., Скачкова Е.И., Кожевников В.В. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи в РФ (Аналитический обзор)., Москва, Россия, 2005, ст. 43
- 17.Чеснаков Э.А., Елисеева Н.А., Глумная Т.В. Продолжительность жизни и сроков диспансерного наблюдения больных, умерших от активного туберкулеза / Материалы VII Российского Съезда Фтизиатров, 2003, Москва, Россия, ст. 30
- 18.Шилова М.В., Глумная Т.В. Прогноз показателя смертности населения от туберкулеза (методология расчета) // Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2005, №1, ст. 3-10
- 19.Arama S., Vornicu M., Arama A.G. Tuberculosis – death causes in hospital (Romania) // European Respiratory Journal, 2006, Vol 28., Sppl 50., p. 3547
- 20.Asuquo A.E., Pokam B.T., Adindu A, et all. Health-Related Quality of Life (HRQoL) of Tuberculosis (TB) Patients in Akwa Ibom State, Nigeria // Journal of Tuberculosis Research, 2014, №2, pp. 199-206. DOI: 10.4236/jtr.2014.24024
- 21.Centers for Disease Control and Prevention. Reported Tuberculosis in the United States, 2011. October 2012.
- 22.Chittoor G., Arya R., Farook V.S., et al. Epidemiologic investigation of tuberculosis in a Mexican population from Chihuahua State, Mexico: a pilot study / Proceedings from the Texas Tuberculosis Symposium 2013 - “Strengthening of TB research in the border state”, December 2013, Texas, USA., in Tuberculosis, Vol 93, Suppl 1, pp. S71–S77
- 23.Cuttica M.J., Colangelo L.A., Shah S.J., et all. Loss of lung health from young adulthood and cardiac phenotypes in middle age // American J Respiratory and Critical Care Medicine, vol. 192, No 1, July, 2015, pp. 76-85
- 24.D’Ambrosio L, Dara M, Tadolini M, et all. Tuberculosis elimination: theory and practice in Europe // European Respiratory Journal, 2014; vol 43, pp. 1410–1420
- 25.Dronavalli M., Thompson S.C. A systematic review of measurement tools of health and well-being for evaluating community-based interventions // *Journal of Epidemiology & Community Health (United Kingdom)*, 2015, vol 69, pp.805-815. doi:10.1136/jech-2015-205491
- 26.French C.T., Diekemper R.L., Irwin R.S. Assessment of Intervention Fidelity and Recommendations for Researchers Conducting Studies on the Diagnosis and Treatment of Chronic Cough in the Adult: CHEST Guideline and Expert Panel Report // Chest, 2015, vol 148(1), pp. 32-54. doi:10.1378/chest.15-0164
- 27.Gebhard A, van den Hof S, Cobelens F. How do the definitions for multidrug-resistant Tuberculosis treatment outcomes really perform? // American J Respiratory and Critical Care Medicine, vol. 192, No 1, July, 2015, pp.117-118
- 28.Gillini L, Centis R, D’Ambrosio L. Is Europe ready to reach tuberculosis elimination? An outbreak report from Southern Italy // European Respiratory Journal, 2015, vol 46, pp. 274-277
- 29.Rhines A.S., Kato-Maeda M., Feldman M.W. Model of the Effects of Improving TB Diagnosis on Infection Dynamics in Differing Demographic and HIV-Prevalence Scenarios // Journal of Tuberculosis Research, March 2015, Vol.3 No.1, pp. 1-10. doi: 10.4236/jtr.2015.31001

30. Rivera L.T., Kevorkof G.V., Oviedo E.E., et all. Epidemiologic Features of Tuberculosis Patients at the Tránsito Cáceres de Allende Hospital // *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, December 2014, vol. 14, No 4, pp. 404-411
31. Russ T.C., Starr J.M., Stamatakis E., et all. Pulmonary function as a risk factor for dementia death: an individual participant meta-analysis of six UK general population cohort studies // *Journal of Epidemiology & Community Health (United Kingdom)*, 2015, vol 69, pp. 550-556. doi:10.1136/jech-2014-204959
32. Kibrik B.S. Characteristics of modern TB epidemic – Proceedings of the International Scientific Conference “Medical and Social Problems of Tuberculosis in the Ukraine”, March 18-19, 2013, Kyiv, Ukraine, in the Ukrainian Scientific and Practical Journal “Tuberculosis, Lung Diseases, HIV infection”, vol 1, 2013, pp.21
33. Ma E., Ren L., Wang W., et all. Demographic and Socioeconomic Disparity in Knowledge About Tuberculosis in Inner Mongolia, China // *Journal of Epidemiology (Japan)*, 2015, vol 25, Issue 4, pp.312-320. doi:10.2188/jea.JE20140033
34. Martinez C.H., Mannino D.M., Curtis J.L., et all. Socioeconomic Characteristics Are Major Contributors to Ethnic Differences in Health Status in Obstructive Lung Disease: An Analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2010 // *Chest*. 2015, vol 148(1), pp. 151-158. doi:10.1378/chest.14-1814
35. Mendonca A.M.C., Kritski A.L., Sant’Anna C.C. Tuberculosis contact tracing among children and adolescent referred to children's hospital in Rio de Janeiro, Brazil // *The Brazilian J Infect Dis.*, 2015, vol 19, pp. 296-301
36. Mori T., Burhan E. Supporting progress towards the post-2015 targets and regional tuberculosis elimination: a statement of intent from the third meeting of the Asian TB Experts Community // *European Respiratory Journal*, 2015, vol. 45, pp. 1760-1762
37. Pavlova E.S. Use of protein concentrate «cedar proteins» as adjuvant nutritional supplement in patients with tuberculosis / in *Medical Review*, vol 1., edited by Aliyev A.V. & Zhurabekova G.A., Baku, Azerbaijan, Khazar University Press, 2015, pp. 50-61
38. Salgame P., Geadas C., Collins L., et all. Latent tuberculosis infection – Revisiting and revising concepts // *Tuberculosis.*, July 2015, Vol 95, Iss 4, Pages 373–384. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tube.2015.04.003>
39. Tan S, Sun D, Zhang T, et all. Risk Factors for Hemoptysis in Pulmonary Tuberculosis Patients from Southern China: A Retrospective Study // *Journal of Tuberculosis Research*, 2014, N2, pp. 173-180. DOI: 10.4236/jtr.2014.24022
40. Trends in Tuberculosis: Morbidity & Mortality. American Lung Association Report, April 2013.
41. WHO Global Tuberculosis Report 2014., Geneva, Switzerland.
42. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva, World Health Organization, 2013.
43. World Health Organization. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. Geneva, World Health Organization, 2014.
44. Zhang X., Holt J.B., Yun S., et all. Validation of Multilevel Regression and Poststratification Methodology for Small Area Estimation of Health Indicators From the Behavioral Risk Factor Surveillance System // *American Journal of Epidemiology.*, 2015, vol 182 (2), pp. 127-137. doi: 10.1093/aje/kwv002