

Туберкулез легких и его выявление в закрытом административно-территориальном образовании

Е.Н. Гринь¹, Н.М. Корецкая²

¹ Клиническая больница № 51 г. Железногорска;

² Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Введение. Закрытые административно-территориальные образования (ЗАО) характеризуются ограниченной внешней миграцией. За последние два десятилетия заболеваемость туберкулезом в ЗАО Железногорск не превышала 37,4 на 100 тыс. населения, смертность — 7,7 на 100 тыс. Проверочные осмотры на туберкулез в ЗАО проводятся на стационарных цифровых флюорографах в городской поликлинике Клинической больницы (КБ) № 51.

Цель. Изучить структуру клинических форм туберкулеза легких, характеристику специфического процесса, пути выявления заболевания и социальный состав заболевших в ЗАО Железногорск.

Материалы и методы. Проанализированы данные историй болезни всех впервые выявленных взрослых больных (160 человек), проходивших лечение в противотуберкулезном диспансере КБ № 51 в 2008–2013 годах.

Результаты. Установлено, что основную долю заболевших составили мужчины (61,9%), лица в возрасте 20–49 лет (75,1%), жители города (63,1%). Не имели постоянной работы 47,5% и семьи — 56,7%, курили — 81,9%, злоупотребляли алкоголем — 71,9%. Кроме того, каждый третий из заболевших (33,8%) проживал в отдаленных поселках, лиц БОМЖ было 11,3%, ранее пребывали в пенитенциарных учреждениях 10,0%, у 15,6% установлен фактор миграции (учеба или работа за пределами ЗАО, прибывшие на постоянное место жительства из других территорий). Из сопутствующих заболеваний группы риска по туберкулезу наиболее часто отмечена хроническая алкогольная интоксикация (37,5%), значительно реже — ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, наркомания (по 5,6%) и язвенная болезнь (5,0%), психические заболевания — только в 0,6% случаев. Следует отметить, что лица с алкогольной интоксикацией не состояли на учете у наркологов. Таким образом, большая доля больных относилась к «неорганизованным контингентам», подавляющее число имели вредные привычки и более значимыми были отягощающие факторы социального характера, а удельный вес традиционных поликли-

нических факторов риска заболевания туберкулезом был сравнительно низким, что в определенной степени отразилось на показателях работы по выявлению заболевания.

При анализе путей выявления заболевания и сроков предшествующего флюорообследования установлено, что при проведении проверочного флюорографического обследования (ПФЛГО) выявлено 46,3%, при обращении с жалобами — 48,1%, посмертно — 5,6% больных. Сроки обращения после появления симптомов до 1 мес. — 60,0%, до 2 мес. — 23,8%, до 3 мес. — 7,5% и более 3 мес. — 8,8%. В структуре клинических форм туберкулеза легких преобладала инфильтративная — 45,0%, на 2-м месте — диссеминированная (30,0%), на 3-м месте — очаговая (19,4%), реже туберкулема — 3,1%, казеозная пневмония — 2,5%. При оценке характеристики туберкулезного процесса отмечено, что бисегментарное поражение легкого было в 53,8% случаев. Однако обращает внимание, что практически у каждого третьего больного (35,6%) диагностированы распространенные процессы с вовлечением более доли легкого, у 10,6% — поражение других органов (в том числе полиорганное — 3,1%). Бактериовыделение установлено у 61,3%, деструкция легочной ткани — у 51,9%.

Выводы. Таким образом, несмотря на относительно низкие эпидпоказатели по туберкулезу в ЗАО, более половины впервые выявленных больных туберкулезом легких эпидемиологически опасны, 5,6% случаев выявлены поздно. С целью снижения эпидемиологической опасности впервые выявленного туберкулеза легких, улучшения его клинической характеристики, сокращения резервуара инфекции необходимо принятие мер, направленных на повышение показателей активного выявления заболевания. Среди них: четкий учет населения, подлежащего ПФЛГО (особенно отмеченных отягощенных контингентов), активное привлечение на проверочные осмотры и просветительская работа среди населения, использование передвижной флюорографической техники.