

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ, УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ В ТЕРРИТОРИЯХ

Тюлькова Т.Е.¹, Подгаева В.А.¹, Пирогова Н.Д.², Охотина И.Н.²

1 - ФГБУ «УНИИФ» Минздрава РФ, Екатеринбург, Россия

2 – ГБУЗ ТО ОПТД, г. Тюмень, Россия

Анализируя причины, приведшие к летальному исходу пациентов, страдавших туберкулезом легких, возможно совершенствовать организацию противотуберкулезной работы. Цель нашего исследования: установить некоторые причины летальных исходов и обосновать направление противотуберкулезной работы. Нами проанализированы 331 анкета пациента, умершего от туберкулеза в 5 территориях УрФО. Мы изучали показатели: группа диспансерного учета (ГДУ) на момент смерти и длительность пребывания в первой группе ГДУ, социальный статус, наличие ФКТ. Установлено, что территории не отличались по количеству умерших от туберкулеза в трудоспособном возрасте, но отмечалось увеличение умерших среди лиц БОМЖ в Т2 и мигрантов в Т5. По количеству умерших в раннем периоде после установления диагноза туберкулеза, в том числе от ФКТ, лидировала территория Т3. Т.о., среди направлений работы по снижению смертности в территориях Т1, Т2, Т3 следует рекомендовать повышать взаимодействие с общей лечебной сетью, в Т4 с миграционной службой, в Т5 – социальной службой.

Ключевые слова: смертность, туберкулез, анализ причин, организация, противотуберкулезная помощь

SOME FEATURES OF THE PATIENTS WHO DIED OF TUBERCULOSIS
AND SUPPORT OF THE DIRECTION OF ANTITUBERCULOUS WORK IN
TERRITORIES

Tyulkova T.E., Podgayeva V.A., Pirogova N.D.

Analyzing the reasons which led to a lethal outcome of the patients who had a pulmonary tuberculosis it is possible to improve the organization of antituberculous work. Purpose of our research: to establish some reasons of lethal outcomes and to prove the direction of antituberculous work, analyzing some data of the patients who died of tuberculosis. We analysed group and duration of dispensary observation in technical training college, the social status of the patient, existence of FKT at 331 patients who died of tuberculosis in 5 territories of Ural federal district. It is established that territories differed by the number of the dead from tuberculosis at working-age, among persons BUMS. By the number of the dead from tuberculosis in the early period after establishment of the diagnosis of tuberculosis, including from FKT, the territory of T3 was in the lead. Conclusions: among the areas of work on decline in mortality in territories there is T1, T2, the T3 should recommend to increase interaction with the general medical network, in T4 with migratory service, in T5 – a social service.

Keywords: mortality, tuberculosis, analysis of the reasons, organization, antituberculous care

Расчет показателя смертности внесен в ряд показателей, которые мониторируются всеми субъектами Российской Федерации [1]. Это индикативный показатель, отражающий эпидемическую ситуацию по туберкулезу и организацию противотуберкулезной помощи населению.

Цель нашего исследования: установить некоторые причины летальных исходов и обосновать направление противотуберкулезной работы, анализируя некоторые данные пациентов, умерших от туберкулеза.

Материалы и методы. Нами проанализированы 331 анкета «разбор случая смерти больного туберкулезом» за 2015 год, утвержденная организационно – методическим отделом УНИИФ. Мы изучали показатели: группа

диспансерного учета (ГДУ) на момент смерти и длительность пребывания в первой группе ГДУ, социальный статус, наличие ФКТ. В исследовании приняли участие противотуберкулезные учреждения (ПТУ) 5 регионов курации ФГБУ Уральского НИИ фтизиопульмонологии Минздрава РФ: Территория (Т)1 (n=44), Т2 (n=126), Т3 (n=61), Т4 (n=52), Т5 (n=48).

Результаты и обсуждения. В результате исследования выявлено, что во всех регионах, принявших участие в исследовании, у пациентов, наблюдающихся в ПТУ более 24 месяцев не изменены группы диспансерного учета (ГДУ), т.е. сохранялась 1А группа в территории 1 у 12 из 24, которым требовалось провести прижизненный перевод во II ГДУ (50% случаев): в Т2 – 18 из 70 (25,7%), в Т3 – 3 из 36 (8,3%), в Т4 – 7 из 32 (21,9%), в Т5 – 5 из 39 (12,8%). При этом, максимальное количество месяцев наблюдения в I ГДУ составило в Т1 – 240 мес., Т2 – 192 мес., Т3 – 72 мес., Т4 – 216 мес., Т5 – 84 мес. Не отмечена длительность наблюдения в ПТУ в Т1,Т2,Т3, Т4 субъектах: Т1 – 6 из 44 (13,6%), Т2 – 10 из 126 (7,9), Т3- 4 из 61 (6,5%), Т4 – 9 из 52 (17,3%). Анализируя социальный статус, обращала внимание наибольшая смертность (43-32%) неработающего населения трудоспособного возраста, тогда как среди умерших лица БОМЖ встречались только в 9-13% случаев, за исключением Т5, где число этой когорты пациентов достигло 26%. Высокая смертность среди пациентов трудоспособного возраста, вероятно, обусловлена недостаточной диспансеризацией, высокий удельный вес которой смещен на работающее население. Следствием этого является выявление туберкулеза по обращаемости пациентов с жалобами, которые, как правило, возникают при далекозашедших и распространенных процессах, чаще всего сопровождающиеся бактериовыделением. Этот факт предполагает формирование и поддержание неучтенных резервуаров инфекции и циркуляции МБТ в обществе с последующим ее распространением. Это подтверждалось при анализе смертности в зависимости от времени, прошедшего после установления диагноза. Во всех

территориях отмечается смертность не только на первом месяце после установления диагноза, но и в течение первой недели. Наибольшее количество пациентов, умерших на первой неделе после взятия на учет в ПТУ, отмечалось в Т3 (13,1%), а наименьшее в Т4 (3,3%). На первом месяце установления диагноза наибольшее количество пациентов умерло в Т1 (29,5%) и наименьшее в Т4 (15%). Т.е., в УрФО имелись территории Т1, Т2, Т3, где умирали пациенты трудоспособного возраста в 37,7 – 43,1% случаев, и там же регистрировалась смертность в первые 1-4 недели после диагностики туберкулеза у 8,7-13,1% пациентов. В тех же регионах отмечена смертность от ФКТ в первую неделю после верификации диагноза (14,6-16,1%) и во время наблюдения в 1 ГДУ (22,9-33%). Тогда как в Т5 смертность пациентов, страдающих ФКТ, в 1 год наблюдения и в 1 ГДУ не регистрировалась.

При анализе заболеваемости в течение года выявляется факт отсутствия умерших пациентов с туберкулезом в декабре в Т1-Т3. Причем, в Т1 преимущественно умирали пациенты в марте и июле, в Т2 – в январе, сентябре, а в Т3 – июль, август. Это приводит к мысли о возможном «вкладе» в структуру смертности сердечно-сосудистой патологии, имеющей некоторую зависимость от метеорологических условий. По данным литературы, пик смертности от сердечно – сосудистой патологии приходится на летнее время. При анализе причин смерти эта гипотеза не подтверждена. Следует отметить, что сердечно – сосудистая катастрофа выявлена в единичных случаях в Т2 и Т4, умерших в феврале и июле.

Т.о. в территории Т1 при высокой смертности от туберкулеза трудоспособного населения (43,2%) отмечается смертность в первую неделю (11,3%) и в первый месяц (29,5%) наблюдения, а смертность от ФКТ в 1 ГДУ составила 33,3% от всех умерших лиц с ФКТ. В регионе Т2 высокая (41,3%) смертность трудоспособного населения сопровождается смертностью от туберкулеза в течение первой недели от момента установления диагноза

(8,7%, в том числе с ФКТ) и в первый месяц – 19,04% при смертности от ФКТ в 1 ГДУ (29,3% от всех умерших лиц с ФКТ). В субъекте Т3 отмечается значительная частота смертей в раннем периоде (до 1 недели и 1 месяца) после диагностики туберкулеза: 13,1% и 19,6%, соответственно, в том числе с ФКТ по 16,1% от всех умерших лиц с ФКТ. В территории Т4 частота летальных исходов трудоспособного возраста составила 32,7% при отсутствии смертей на первой неделе и в течении месяца после выявления туберкулеза, никто не умирал от ФКТ в раннем периоде. В регионе Т5 смертность трудоспособного возраста регистрировалась реже (26,6%) без летальных исходов в раннем периоде, т.ч. с ФКТ.

Заключение. Своевременный перевод в ГДУ осуществляется в территории Т3 (91,7%) и Т5 (87,2%). В территориях Т1, Т2, Т3 среди причин, приводящих к летальному исходу предполагалась недостаточная работа с общей лечебной сетью в разделе диспансеризация и охвате профилактическими осмотрами, что подтверждалось высокой смертностью неработающего населения, смертностью в раннем периоде после установления диагноза, т.ч. с ФКТ. В регионах Т4 имелась особая когорта пациентов – мигранты, а в Т5 отмечалась наибольшая, чем в других регионах смертность лиц БОМЖ. Т.о., среди направлений работы по снижению смертности в территориях Т1, Т2, Т3 следует рекомендовать повышать взаимодействие с ОЛС, в Т4 с миграционной службой, в Т5 – социальной службой.

Список литературы:

1. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2012-2013 году; Москва, 2014. – 244 с.

Ответственный за переписку – Тюлькова Татьяна Евгеньевна; 8-912-924-97-10; e-mail: tulkova@urniif.ru