

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 15, №4

2016



УДК 616.24

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

© Пунин А.А.¹, Гусева И.И.¹, Короткова Е.А.¹, Пунин Д.А.¹, Гуляева С.А.²,
Пикалова О.С.², Хоруженко О.М.², Стрелков А.Н.³, Сахаритова Е.А.³

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска, Россия, 214006, Смоленск, ул. Фрунзе, 40

³Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер, Россия, 214018, Смоленск, ул. Коммунальная, 10

Резюме: целью исследования явился анализ случаев госпитализации больных туберкулезом в терапевтические отделения для совершенствования механизма противоэпидемических и профилактических мероприятий. Нами были проанализированы 147 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в отделениях ОГБУЗ Городская Клиническая больница №1 города Смоленска в период с 2012 по 2015 гг., у которых в ходе обследования был заподозрен и в дальнейшем подтвержден туберкулез различных локализаций. При обработке данных учитывались возраст, пол, клинические формы туберкулеза, данные о бактериовыделении, сопутствующая патология и исход заболевания. Среди легочных форм преобладали инфильтративный и диссеминированный туберкулез, а также туберкулезные плевриты. Среди внелегочных форм были выявлены туберкулезные менингоэнцефалиты, менингиты, туберкулезное поражение костей, туберкулезный сепсис. Отмечалась потеря 17% пациентов на этапах преемственности от соматического стационара до противотуберкулезного диспансера. При этом среди госпитализированных больных с туберкулезом на протяжении 4-х лет наблюдается рост числа пациентов с бактериовыделением с 15 до 48% и сочетание туберкулеза с ВИЧ инфекцией с 5 до 29%. Сделан вывод, что бактериоскопия мокроты на ВК является простым рутинным, но высокоинформативным методом выявления туберкулеза в современных условиях и должна проводиться всем пациентам до поступления в стационар и необходим поиск новых методов контроля над преемственностью лечения больных туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, бактериовыделение, ВИЧ

DETECTION OF TUBERCULOSIS CASES AMONG THE PATIENTS OF SOMATIC HOSPITAL

Punin A.A.¹, Guseva I.I.¹, Korotkova E.A.¹, Punin D.A.¹, Gulyaeva S.A.², Pikalova O.S.²,
Horuzhenko O.M.², Strelkov A.N.³, Sakharitova E.A.³

¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²City Clinical Hospital №1 of Smolensk, Russia, 214006, Smolensk, Frunze St., 40

³Smolensk Clinical TB Dispensary, Russia, 214018, Smolensk, Kommunalnaya St., 10

Summary: the aim of the study was to analyze the cases of hospitalization of TB patients into the therapeutic departments to improve the mechanism of anti-epidemic and preventive measures. We have analyzed 147 case histories of the patients treated at the departments of City Clinical Hospital №1 of Smolensk who were suspected and confirmed after the examination to suffer from tuberculosis of different localization in the period from 2012 to 2015. While processing the data we took into account age, sex, clinical form of tuberculosis, bacterial excretion, comorbidities and outcome of the disease. Infiltrative and disseminated forms of tuberculosis and tuberculous pleuritis prevailed among the pulmonary forms. Meningoencephalitis, meningitis, tuberculous lesion of bones, tuberculous sepsis were identified among the extrapulmonary forms. 17% of patients were lost while transferring from somatic hospital to TB dispensary. We revealed the rise in the number of patients with bacterial excretion from 15% to 48% and combination of tuberculosis with HIV from 5% to 29% during 4-year observation. It is concluded that the bacterioscopy of the sputum is a plain routine, but highly informative method of TB detection in modern conditions, and should be conducted to all patients prior to admission to the hospital, and the search for new methods of control the transferring from somatic hospital to TB dispensary is highly required.

Key words: tuberculosis, bacterial excretion, HIV

Введение

В настоящее время проблема диагностики и лечения туберкулеза в Российской Федерации стоит довольно остро, а Смоленская область по эпидемиологическим показателям относится к одному из наиболее неблагоприятных регионов страны. По данным Роспотребнадзора по Смоленской области за 2014 г. показатель заболеваемости туберкулезом в области составил 68,3 на 100 000 населения, что на 16,8% выше среднего по РФ (58,5 на 100 000 населения) и в 1,7 раза выше среднего по ЦФО (39 на 100 000 населения) [1]. По данным ВОЗ, уровень заболеваемости туберкулезом в РФ в 2014 г. составил 109 на 100 000 населения, показатель смертности 11 на 100 000. При этом ВОЗ относит РФ к группе стран с наиболее высокой заболеваемостью туберкулезом и ставит ее в один ряд с Афганистаном, Вьетнамом, Угандой, Пакистаном [7]. Однако стоит отметить, что проблема туберкулеза актуальна не только для стран с относительно низкими экономиками и социальным уровнем жизни, к которым относится Россия, но так же и для экономически развитых государств, включая страны Европы, Америки и Канаду [6]. Это обусловлено многофакторностью причин, в той или иной степени характерных для любой страны: экономическая и социальная нестабильность, миграция населения, низкий уровень развития здравоохранения как в вопросах диагностики и лечения, так и в организации профилактических мероприятий. Высокая распространенность туберкулеза среди населения и низкий уровень диагностики приводит зачастую к госпитализации бациллярных больных в общесоматические стационары, что создает риск инфицирования пациентов и медицинского персонала.

Целью настоящего исследования явился анализ случаев госпитализации больных туберкулезом в терапевтические отделения для совершенствования механизма противозидемических и профилактических мероприятий.

Методика

Нами были проанализированы 147 историй болезней пациентов, находившихся на лечении в отделениях ОГБУЗ Городская Клиническая больница №1 города Смоленска в период с 2012 по 2015 гг., у которых в ходе обследования был заподозрен и в дальнейшем подтвержден туберкулез различных локализаций. При обработке данных учитывались возраст, пол, выявленные клинические формы туберкулеза, сопутствующая патология, исходы заболевания, данные о бактериовыделении. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ MS Office 2007 Excel с использованием методов описательной статистики ($M \pm m$).

Результаты исследования и их обсуждение

Основное число больных с туберкулезом было выявлено в пульмонологическом отделении (134 человека), 12 пациентов переведено в противотуберкулезный диспансер из неврологического отделения (сосудистого центра) и один пациент находился в отделении хирургии. Пациенты с туберкулезом в пульмонологическом отделении по итогам четырех лет составили 4,5% от всех 3208 случаев госпитализаций на круглосуточную койку стационара. Среди больных было 120 мужчин и 27 женщин в возрасте от 18 лет до 81 года, средний возраст составил $44 \pm 1,24$ года.

Вопросы дифференциальной диагностики с туберкулезом решались при наличии у пациентов диссеминации, выпота в плевральных полостях, наличии очаговых и/или инфильтративных теней с классической для туберкулеза локализацией процесса, в случаях отсутствия рентгенологической динамики при антибактериальной терапии предполагаемой пневмонии, а также при наличии признаков поражения центральной нервной системы и суставов.

Ретроспективный анализ показал неспецифичность предъявляемых в момент госпитализации жалоб. Практически у всех больных в той или иной степени присутствовали слабость и кашель, 90% пациентов отмечали повышение температуры тела от субфебрильной до фебрильной, у 76% были боли в грудной клетке, 67% жаловались на одышку, у 19% наблюдалось кровохарканье. Острое начало заболевания присутствовало у 19% больных.

Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза позволило методом бактериоскопии обнаружить кислотоустойчивые бактерии у 36 пациентов, что составило в среднем за три года 29% от числа больных, которым в дальнейшем был подтвержден туберкулез. При этом на протяжении последних трех лет наблюдается трехкратный рост числа бацилловыделителей среди госпитализированных с туберкулезом пациентов с 15% в 2013 г. до 48% в 2015 г. (рис. 1).

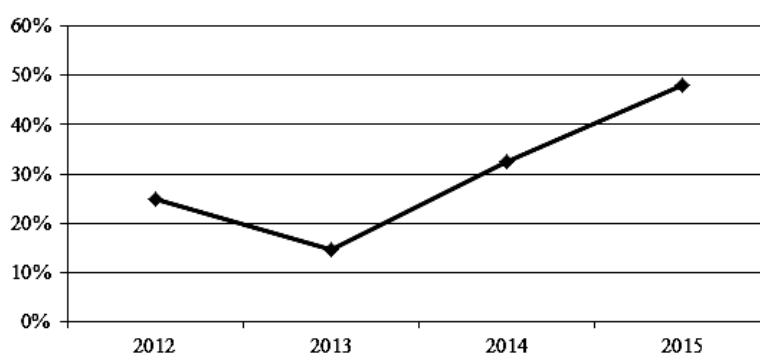


Рис. 1. Динамика бактериовыделения (БК+) среди больных туберкулезом (% от общего числа госпитализированных).

По локализации процесса преобладали легочные формы туберкулеза (107 пациентов – 86,3%), у 9 больных диагностирован туберкулез иных локализаций или сочетанное поражение нескольких органов и систем. Среди легочных форм наиболее часто отмечали инфильтративный и диссеминированный туберкулез (63 пациентов – 58,9%, 25 пациентов – 23,4%, соответственно), очаговый туберкулез (6 пациентов – 4,7%), туберкулезные плевриты, как самостоятельная форма заболевания (10 пациентов – 9,3%), у 20 пациентов плеврит явился осложнением локальных форм. Среди внелегочных форм были выявлены 6 пациентов с туберкулезным менингоэнцефалитом, 2 – с менингитом, у 8 пациентов наблюдался туберкулез с поражением нескольких органов и систем (туберкулез легких, поражение головного мозга, тазобедренного сустава, туберкулезный спондилит и др.). У одного больного диагностирован туберкулезный сепсис.

Среди пациентов с выявленным туберкулезом в рубриках сопутствующей и фоновой патологии у 42 больных присутствовали ВИЧ и хронические вирусные гепатиты (18 и 23 человека соответственно). Число больных с развитием туберкулеза на фоне ВИЧ на протяжении последних 4-х лет возросло в несколько раз (рис. 2).

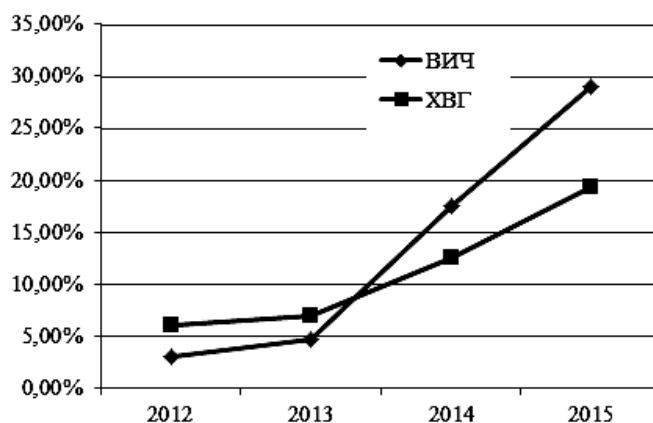


Рис. 2. Заболеваемость ВИЧ и хроническими вирусными гепатитами среди больных туберкулезом (% от общего числа госпитализированных).

Среди госпитализированных больных 5 человек стояли на учете в наркологическом диспансере по поводу алкоголизма, четверо имели зависимость от наркотиков, 6 пациентов не имели определенного места жительства, а трое были освобождены из мест лишения свободы. В качестве сопутствующей патологии наиболее часто встречались бронхиальная астма, ХОБЛ, сахарный диабет.

Все пациенты консультированы врачом фтизиатром и по согласованию с областным противотуберкулезным диспансером 147 больных были направлены для дальнейшего лечения туберкулеза в профильное учреждение. При этом 25 больных не явились в противотуберкулезный диспансер и судьба их не известна, у 4-х диагноз не подтвердился. С положительной клинической динамикой были выписаны 69 пациентов, 7 – самостоятельно покинули стационар, уведомив об этом медицинский персонал, 3 человека было выписано за нарушение режима. В течение 4-х лет наблюдения 15 пациентов (10,2%) умерли от различных причин, средний возраст составил $44,6 \pm 3,47$ лет. Среди этих больных у четырех пациентов была выявлена ВИЧ инфекция.

Госпитализация больных туберкулезом в общесоматические отделения в условиях высокой заболеваемости населения и сложностей дифференциальной диагностики – неизбежное явление, но важнейшей с эпидемиологической точки зрения задачей является сокращение таких случаев до минимума с целью предотвращения инфицирования находящихся на лечении пациентов и медицинского персонала. Данный факт вызывает особую обеспокоенность из-за риска заражения штаммами микобактерий туберкулеза, отличающихся множественной и широкой лекарственной устойчивостью, что было показано в исследовании кафедры туберкулеза СГМУ [3].

Для принятия организационных решений и проведения медицинских мероприятий важно понимать причины диагностических и тактических ошибок, не позволивших своевременно распознать туберкулез на амбулаторном этапе и приведшие к госпитализации больных с туберкулезом в общесоматический стационар.

Несомненно, основным фактором диагностических ошибок является неспецифичность клинических проявления заболевания, описанная выше, а отсутствие бактериовыделения, нормэргические и анэргические туберкулиновые пробы усугубляют данную ситуацию и затрудняют дифференциальную диагностику, особенно среди таких заболеваний, как рак, пневмония и саркоидоз. В тоже время необходимо отметить, что простая бактериоскопия мокроты в клинической лаборатории ОГБУЗ ГКБ 1 и/или ОПД позволили обнаружить кислотоустойчивые бактерии почти у половины больных с выявленным туберкулезом. Своевременное и качественное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза на амбулаторном этапе существенно увеличило бы шансы своевременной диагностики туберкулеза и позволило бы предотвратить госпитализацию этих больных в терапевтический стационар. Но, справедливости ради, надо признать, что у ряда больных тяжесть состояния зачастую не позволяет проведение диагностических мероприятий на амбулаторном этапе и требует срочной госпитализации в стационар. Однако среди госпитализированных больных с туберкулезом острое начало, потребовавшее срочной госпитализации составило лишь 19%.

Кроме того, важным фактором, влияющим на госпитализацию больных туберкулезом в терапевтические стационары, является высокая распространенность туберкулеза среди населения. Социальные факторы, миграция населения, образ жизни, локальные очаги инфекций, высокая скученность людей в неблагоприятных условиях проживания – это далеко не полный перечень, способствующий сохранению туберкулеза в популяции, а низкий уровень культуры и отсутствие законодательных мер, принуждающих больных к лечению никак не способствуют снижению заболеваемости туберкулезом в нашей стране. Из 143 случаев выявленного туберкулеза лишь 69 человек, получив соответствующее лечение, стали потенциально не опасными для окружающего населения. В тоже время 35 человек, это лица «не дошедшие» до областного противотуберкулезного диспансера, пациенты выписанные за нарушение режима и отказавшиеся от лечения. Вероятно, они до сих пор представляют реальную угрозу для населения в плане заражения туберкулезом. Каждый из них является реальным или потенциальным бактериовыделителем, даже если на момент обследования микобактерии не были выявлены.

По литературным данным, в дохимиотерапевтическую эру один больной туберкулезом заражал в среднем около 20 человек за 2 года [5]. Если учесть, что вышеперечисленные больные не получали химиотерапию, данные цифры можно с определенной погрешностью экстраполировать на сегодняшний день и по данным случаям мы можем получить в течение двух лет дополнительно до 700 зараженных лиц с риском развития локальных форм туберкулеза.

Ряд из этих больных, особенно не имеющих определенного места жизни и работы, пополнит ряды мигрантов, являющихся группой риска по распространению туберкулеза. За последние годы Смоленская область стала территорией с высокой миграцией населения. С 2000 по 2015 г. количество мигрантов, приехавших в Смоленскую область увеличилось в 2 раза и составило 37923 человека, из которых 28% приезжих, выходцы из стран СНГ [2]. По данным ЦНИИ Туберкулеза, показатель заболеваемости туберкулезом иностранных граждан на территории РФ превысил соответствующий показатель среди россиян более чем в 2 раза и в 2013 г. составил 163,2 на 100 000 населения. В 2014 г. доля иностранных граждан в структуре заболеваемости туберкулезом оказалась довольно высокой даже в крупных городах и составила 14,9% в Москве и 27,6% в

Санкт-Петербурге [4]. Исследования, проведенные Международной Федерацией Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, показывают, что значительная доля трудовых мигрантов не имеет юридически оформленных отношений с работодателем и, как следствие, не получает социального и медицинского пакета услуг. Лишь в 2,1% случаев их больничные листы оплачиваются, или в 3% случаев покрывается их лечение. Из всех прибывших 90% живут в непригодных помещениях, подвалах, вагончиках, более 30% из них — по 10-15 чел в одной комнате. Более 23% не приходят к врачу в случае болезни из-за отсутствия денег и боязни обращения в официальные органы [4]. Логично предположить, что миграционный фактор вносит определенный вклад в распространение туберкулеза и в Смоленской области.

Оценить истинную заболеваемость туберкулезом в Смоленской области достаточно сложно. Но если принять во внимание столь массовое выявление больных с туберкулезом в общесоматическом стационаре, с преобладанием инфильтративного и диссеминированного туберкулеза с высоким процентом бактериовыделения, можно предположить, что она значительно превосходит данные официальной статистики. Для решения проблемы туберкулеза требуется принятие комплекса организационных и медицинских мероприятий, направленных на своевременное выявление заболевания за счет массового профилактического обследования населения, углубленного обследования групп риска, развитие службы лабораторной диагностики, лечение выявленных случаев и контроль за их перемещением.

Выводы

1. Туберкулез легких в пульмонологическом отделении был выявлен в 4,5% случаев от общего числа госпитализированных больных. Среди больных с выявленным туберкулезом в 29 % случаев выявлялась ВИЧ инфекция, в 19% – хронический вирусный гепатит. При этом выявление микобактерий в мокроте больных туберкулезом за 3 года увеличилось с 17,7 до 48%.
2. Потеря пациентов на этапе преемственности от соматического стационара до противотуберкулезного диспансера составила 17%, следовательно, необходим поиск новых методов контроля над преемственностью в лечении больных туберкулезом.
3. Доказано, что бактериоскопия мокроты на ВК является простым рутинным, но высокоинформативным методом выявления туберкулеза в современных условиях и должна проводиться всем пациентам до поступления в стационар.

Литература

1. Информационное письмо Управления Роспотребнадзора по Смоленской области «Об эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории Смоленской области в 2014 году» от 19.02.2015.
2. Миграция населения по данным РосСтат // URL:http://sml.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/sml/resources/3b40d3804c57dfc4a57fad052efb10e3/migr.htm
3. Мякишева Т.В., Фролова Ю.В., Рашкевич Е.Е. и др. Структура лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в Смоленской области // Вестник СГМА. – 2016. – №2. – С. 40-43.
4. Резолюция круглого стола, посвященного вопросам раннего выявления, диагностики и лечения туберкулеза среди мигрантов в Российской Федерации, ФГБНУ «ЦНИИТ» // URL:<http://critub.ru/rezoluciya-kruglogo-stola>
5. Ридер Г. Л. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом. – М.: «Весь Мир», 2001. – 192 с.
6. Свистунов В.В., Огарков О.Б., Гришина Л.П. и др. Сравнительная характеристика летальных исходов от туберкулеза в соматических и специализированных стационарах г. Иркутска в период 2008-2011 г. по данным патологоанатомических исследований // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – №2. – С. 87-90.
7. Global Tuberculosis Report 2015 – World Health Organization, 2015 // URL:http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

Информация об авторах

Пунин Александр Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: 001e316@mail.ru

Гусева Ирина Ивановна – клинический ординатор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: gii1991@mail.ru

Короткова Елена Андреевна – клинический ординатор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: alena10590@hotmail.ru

Пунин Денис Александрович – клинический ординатор кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: pun.92.work@gmail.com

Гуляева Светлана Архиповна – заведующая отделением пульмонологии ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: mom.7@mail.ru

Хоруженко Ольга Махмудовна – врач пульмонолог отделения пульмонологии ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: mom.7@mail.ru

Пикалова Ольга Сергеевна – врач пульмонолог отделения пульмонологии ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска. E-mail: mom.7@mail.ru

Стрелков Александр Николаевич – заведующий организационно-методического кабинета ОГБУЗ «Смоленский областной противотуберкулезный клинический диспансер», E-mail: smoltub-omk@mail.ru

Сахаритова Елена Александровна – заместитель главного врача по медицинской части ОГБУЗ «Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер», E-mail: smoltub-omk@mail.ru