

от других регионов. На первом месте диагностируется ВПЧ ВКР 16 типа ($20,3 \pm 2,9 \%$), на втором — 56 типа ($15,7 \pm 2,6 \%$). ВПЧ 18 типа оказался лишь на 11 позиции (6,6 %) среди инфицированных женщин. Такое распределение генотипов является региональной особенностью, доказывает возможность наличия генотипических различий ПВИ в государствах, расположенных даже на одном континенте, и целесообразность проведения эпидемиологических исследований.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александрова, Ю. Н. ПВИ у здоровых женщин / Ю. Н. Александрова, А. А. Лышев, Н. Р. Сафронникова // *Вопр. онкол.* — 2000. — Т. 6, № 2. — С. 175–179.

2. Папилломавирусная инфекция. Клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей / В. А. Молоцов [и др.]. — М.: Русский врач, 2004. — 44 с.

3. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? Thy international perspective / Munoz Nubia [et al.] // *Int. J. Cancer.* — 2004. — Vol. 111. — P. 278–285.

4. Assotiations of high-risk HPV types and viral load with cervical cancer in China / Y. Wu [et al.] // *J. Clin. Virol.* — 2006. — Vol. 35, № 3. — P. 264–269.

5. Bosch, A. Epidemiology of HPV and associated neoplasia. Book of abstracts, HPV conference / A. Bosch. — Hannover, 2005.

6. High prevalence of human papillomavirus type 58 in Chinese women with cervical cancer and precancerous lesions / P. K. Chan [et al.] // *J. Med. Virol.* — 1999. — Vol. 59, № 2. — P. 232–238.

7. News media coverage of human papillomavirus / R. Anhang [et al.] // *Cancer.* — 2004. — Vol. 100, № 2. — P. 308–314.

8. Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States / E. F. Dunne [et al.] // *JAMA.* — 2007. — Vol. 297. — P. 813–819.

Поступила 16.06.2010

УДК 616-002.5+301.151

СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Л. П. Мамчиц

Гомельский государственный медицинский университет

В работе дана оценка эпидемической ситуации по заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области за 1996–2009 гг. Характерна тенденция к росту заболеваемости туберкулезом за данный период. На основании анализа данных официального учета заболеваемости и изучения медицинской документации выделены социальные и возрастные группы риска, факторы риска.

Ключевые слова: социальная значимость, туберкулез.

PRESENT-DAY SOCIAL SIGNIFICANCE OF TUBERCULOSIS

L. P. Mamchits

Gomel State Medical University

Description of epidemic situation on incidence of tuberculosis in Gomel Region in 1997–2009 is given in the paper. Longstanding tendency of epidemic process development both among all the groups of population, and among children in particular is determined. On the evidence of official registration of morbidity and results of medical documentation analysis is given an estimate of distribution of morbidity according to the social and age groups of population, clinical forms of diseases; also risk factors are marked.

Key words: present-day social significance, tuberculosis.

Туберкулез относится к числу так называемых социальных болезней, возникновение которых связано с условиями жизни населения. По интенсивности заболеваемости туберкулезом можно в определенной мере судить о социально-экономической ситуации в стране или регионе. Растущая заболеваемость и смертность от туберкулеза на протяжении последних лет обусловлены рядом причин. Важную роль играет общемировой фактор — появление возбудителей туберкулеза, устойчивых к лекарственным средствам и, следовательно, болезнь плохо поддается лечению [1, 8, 12, 13, 14].

В 80-е гг. XIX столетия от туберкулеза умирал каждый седьмой житель Европы, заболело 223–529 человек на 100 тыс. населения. Для 80-х гг. XX века характерно относительное эпидемическое благополучие, заболеваемость со-

ставляла в среднем 61,9 случаев на 100 тыс. населения, смертность 8,4 — на 100 тыс. населения.

С 1993 г. туберкулез признан ВОЗ глобальной проблемой, требующей самого пристального внимания, что было связано с ростом эпидемии ВИЧ и лекарственной резистентности к противотуберкулезным препаратам. К началу XXI века заболеваемость туберкулезом возросла в 2,1 раза, смертность — в 2,3 раза, средний показатель заболеваемости туберкулезом, по данным ВОЗ [14], составил 130, 7 случаев на 100 тыс. населения.

На сегодняшний день туберкулез зарегистрирован более чем в 200 странах мира, ежегодно заболевают 9,2 млн человек, из них 44 % с бацилловыделением, в их числе 8–10 % ВИЧ-инфицированных. Неблагополучные регионы: Индия, Китай, Индонезия, Южная Африка, Ниге-

рия. На Африканском континенте заболеваемость составляет 363 случая на 100 тыс. населения. Что касается Европейского региона, то наиболее высокие уровни заболеваемости туберкулезом зарегистрированы в странах СНГ, следом идут восточноевропейские страны и страны с традиционной рыночной экономикой [14].

Актуальность проблемы туберкулеза определяется увеличением числа тяжелых клинических форм, инвалидизацией и ростом смертности, а также значительным экономическим ущербом [2, 3, 5, 11].

Среди факторов, влияющих на формирование уровней заболеваемости, можно выделить медицинские, такие как появление устойчивых штаммов, качество диагностики, доступность оказания специализированной медицинской помощи населению, обеспеченность рентгенофлюорографическими установками и др., а также социальные: активизация миграционных процессов, недостаточный уровень санитарной культуры населения, увеличение числа социопатических семей [10, 11].

Наряду с проведением санитарно-гигиенических мероприятий, общесанитарной профилактики, иммунопрофилактики приоритетное направление имеет своевременное выявление больных с заразными формами туберкулеза [4, 6, 7].

Цель исследования

Оценка эпидемической ситуации по заболеваемости туберкулезом в Гомельской области

для коррекции профилактических мероприятий и поддержания эпидемического благополучия в регионе.

Материал и метод

Использованы данные официального учета заболеваемости туберкулезом, полученные из ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Применены методы эпидемиологической диагностики, статистические методы, анкетирование больных туберкулезом (обработана 401 анкета).

Для оценки распределения заболеваемости по социально-возрастным группам населения и выявления факторов риска проводился анализ медицинской документации 917 больных, состоящих на учете в Гомельской областной клинической туберкулезной больнице, за 7 лет (2003–2009 гг.). Для обработки данных использована программа MS Excel.

Результаты исследования

За все анализируемые годы (1996–2009 гг.) показатели заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области превышают среднереспубликанские, периоды подъема и спада заболеваемости по республике и области идут синхронно. Пик заболеваемости отмечен в 1998 г. (54,3 случая на 100 тыс. населения по республике и 74 — в Гомельской области). С 2005 г. показатели заболеваемости снижаются, но несмотря на это эпидемическая ситуация по туберкулезу остается сложной (рисунок 1).

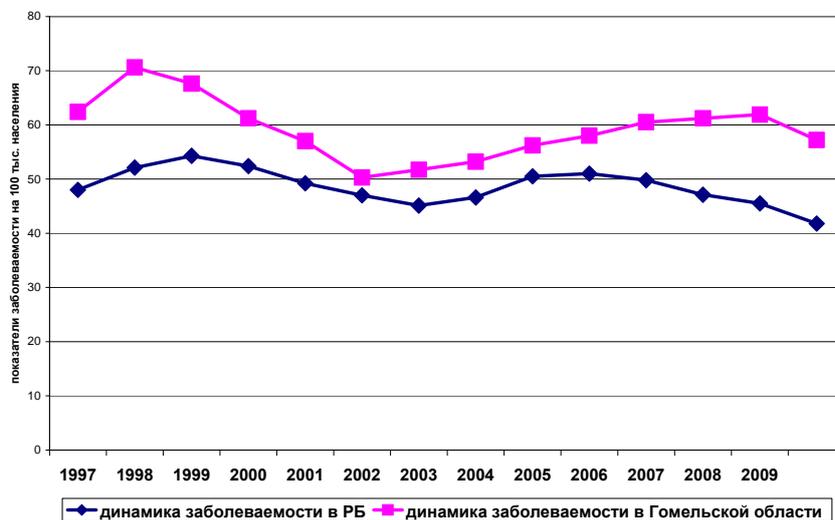


Рисунок 1 — Многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом в Гомельской области и Республике Беларусь

В течение 1980–2009 гг. многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом характеризовалась общей тенденцией к росту со средним темпом прироста +3,5 %.

Показатели заболеваемости бациллярным туберкулезом за анализируемый период снизились с 26,9 до 22,2 случая на 100 тыс. населения.

Среди заболевших преобладают больные туберкулезом органов дыхания (91–92 %). Соотношение показателей заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочного туберкулеза 12:1 за анализируемый период. В структуре внелегочного туберкулеза (ВФТ) значительный удельный вес составляет костно-

суставной туберкулез (72,5 %), реже выявляется туберкулез лимфатических узлов и туберкулез глаз. Заболеваемость внелегочным туберкулезом у женщин выше, чем у мужчин, соотношение заболевших женщин и мужчин составляет 1,5:1.

За последние 12 лет заболеваемость туберкулезом органов дыхания имеет стабиль-

ный характер, но с 2005 г. уровни заболеваемости находятся выше линии тенденции, в то время как заболеваемость внелегочными формами туберкулеза остается на стабильно низком уровне и колеблется от 4,04 в 2002 г. до 6,75 случая на 100 тыс. населения в 1997 г. (рисунок 2).

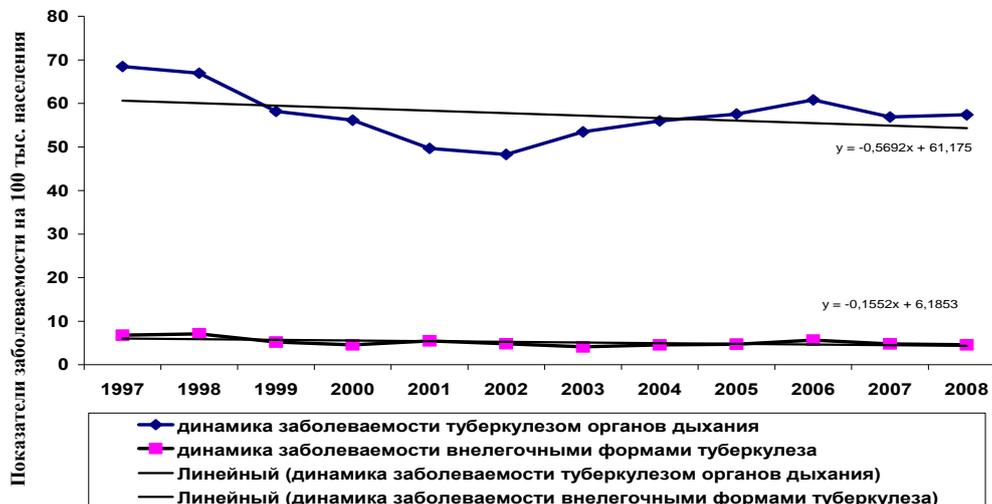


Рисунок 2 — Показатели заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочным туберкулезом в Гомельской области за 1997–2008 гг.

Тяжесть заболевания зависит от состояния иммунитета организма, своевременности обращения за медицинской помощью и организации раннего выявления туберкулеза среди населения. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания характеризуется преобладанием инфильтративного туберкулеза легких, высоким удельным весом диссеминированного туберкулеза, уменьшением удельного веса очагового и фиброзно-кавернозного туберкулеза.

При анализе распределения заболеваемости по территориям нами выделены 4 группы районов: с низкой (34,6–52,05 случая на 199 тыс. населения), средней (52,06–69,5), высокой (69,6–84,0) и очень высокой (более 84,1–111,1 на 100

тыс. населения) заболеваемостью. Общая заболеваемость туберкулезом населения Гомельской области характеризуется неравномерностью территориального распределения. К эпидемически неблагоприятным районам можно отнести Буда-Кошелевский, Хойникский, Октябрьский, Светлогорский, Добрушский районы (рисунок 3).

Показатели заболеваемости сельских жителей в 1,4 раза выше, чем городских. Такое распределение связано, предположительно, с одной стороны, с низкой настороженностью сельского населения к собственному здоровью, а с другой — недостаточной доступностью специализированной медицинской помощи сельским жителям (рисунок 4).

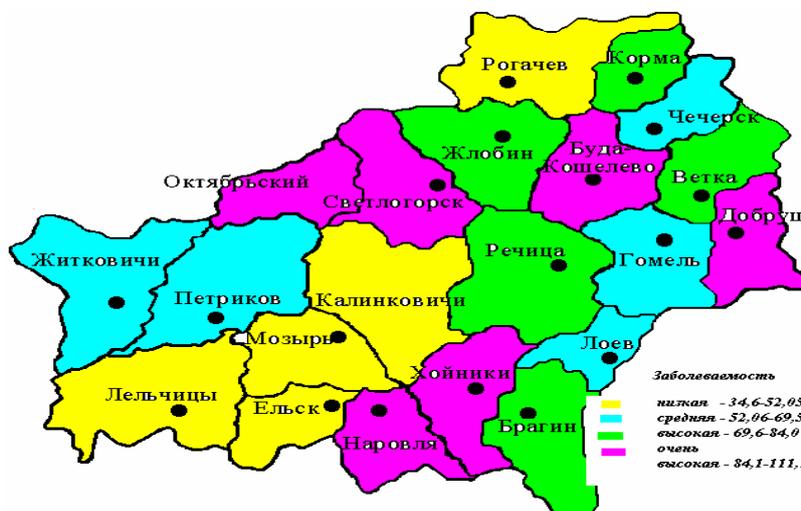


Рисунок 3 — Территориальное распределение заболеваемости туберкулезом по районам Гомельской области (по среднемноголетним данным)

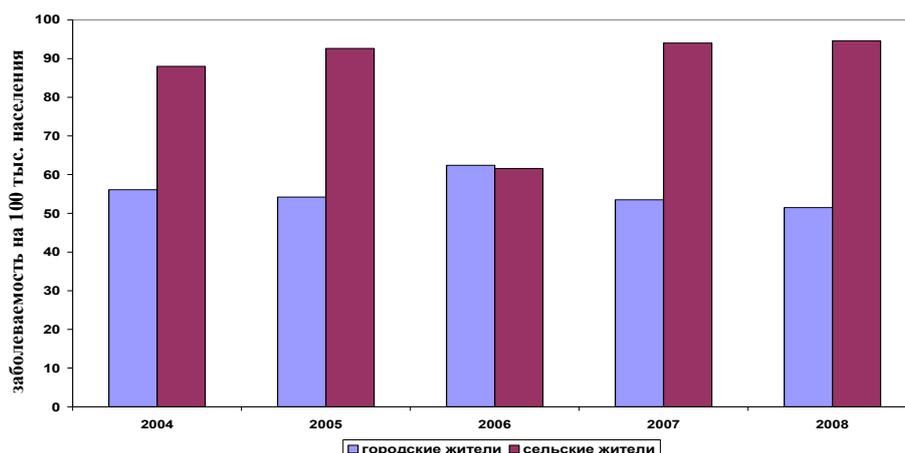


Рисунок 4 — Распределение заболеваемости туберкулезом среди городского и сельского населения Гомельской области

Рост заболеваемости туберкулезом взрослого населения привел к накоплению определенного резервуара инфекции, что способствует распространению туберкулеза среди детей и подростков. В общей структуре заболеваний туберкулезом удельный вес детей в возрасте 0–17 лет не превышает 1,5–2,0 %.

У детей до 1 года случаев заболевания туберкулезом не зарегистрировано, за последние 2 года нет заболевших в возрастной группе до 3 лет (в предыдущий период 0,3–0,6 %). Удельный вес детей 7–14 лет и подростков 15–17 лет в структуре детской заболеваемости составляет 1,2 и 1,4 % соответственно.

Заболеваемость детей характеризуется выраженной тенденцией к снижению (-13,2 %).

Одним из факторов, влияющим на уровень заболеваемости детей туберкулезом, остается вакцинация. Нами была установлена сильная обратная корреляционная связь между уровнем своевременной вакцинации и заболеваемостью туберкулезом детей в возрасте до 7 лет ($r=0,7$). Полученные данные позволили сделать выводы о том, что уровень и динамика заболеваемости детей зависят от профилактических мероприятий, в частности, вакцинации БЦЖ (рисунок 5).

Отмечается тенденция к уменьшению туберкулиноположительных детей за период с 2003 по 2009 гг. Такая динамика отчетливо отмечается в возрасте до 7 лет, что связано с угасанием постпрививочного иммунитета в этом возрасте.

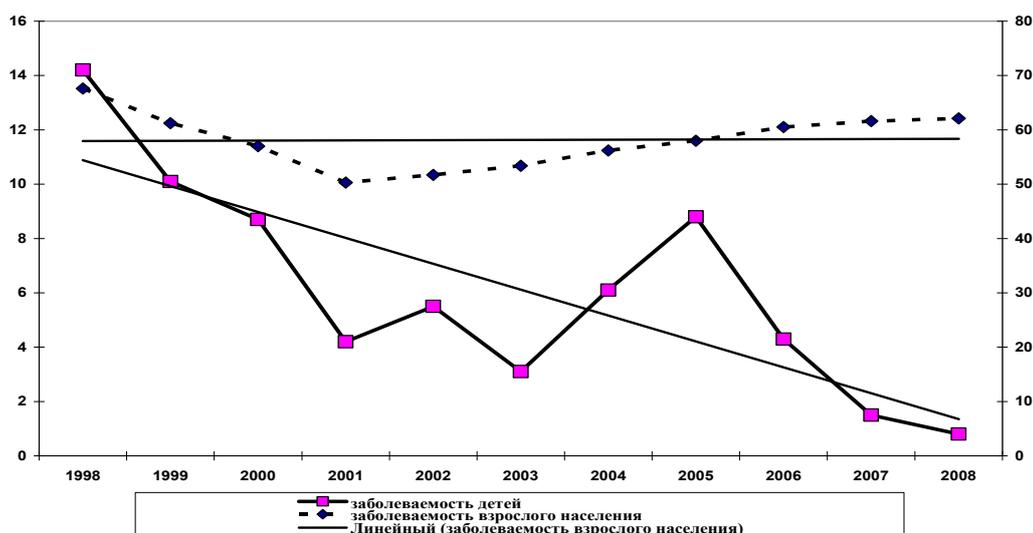


Рисунок 5 — Показатели заболеваемости детского и взрослого населения Гомельской области за 1998–2008 гг.

За анализируемый период ежегодно выявляется 0,63–0,8 % детей с выражением туберкулиновых проб, из них 0,03–0,12 % — у подростков. Удельный вес детей с нарастанием туберкулино-

вой чувствительности составляет 0,1 %, с гиперергическими реакциями — 0,04 %. Данные дети направляются к фтизиатру, им назначается клинико-лабораторное обследование и обзорная рентгено-

графия грудной клетки, также во всех случаях проводится РФО родителей. По результатам обследования и наблюдения дети снимаются с учета через 1 год после проведения контрольной пробы Манту при отсутствии нарастания туберкулиновой чувствительности. Более углубленное обследование детей проводится по эпидемическим показаниям с учетом медико-социальных факторов.

Настораживает увеличение числа больных туберкулезом среди медицинских работников. Среднеголетний показатель среди работников ЛПУ составил 52,7 случая на 100 тыс. населения. В 42,8 % случаев туберкулез выявлен при проведении профилактических медицинских осмотров. Структура заболевших по характеру профессии представлена на рисунке 6.



Рисунок 6 — Распределение заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников

Группами наибольшего риска являются медицинские работники противотуберкулезных учреждений, оказывающие непосредственную помощь больным туберкулезом:

- медсестры, непосредственно оказывающие медицинские услуги больным туберкулезом (37,9 %);
- во всех возрастных категориях преобладают женщины;
- заражению чаще подвергаются лица со стажем работы до 5 лет (39,5 %);

— возрастные группы 26–45 лет (55,6 %).

За период 1998–2009 гг. показатели смертности от туберкулеза находились в пределах от 2,4 до 13,3 случая на 100 тыс. населения. Отмечается рост смертности от туберкулеза за последние три года в 6 раз. Среднеголетний показатель смертности составляет 4,8 на 100 тыс. населения, в 2007 г. зарегистрирован максимальный за анализируемый период показатель смертности — 13,3 случая на 100 тыс. населения (умерло 196 человек).

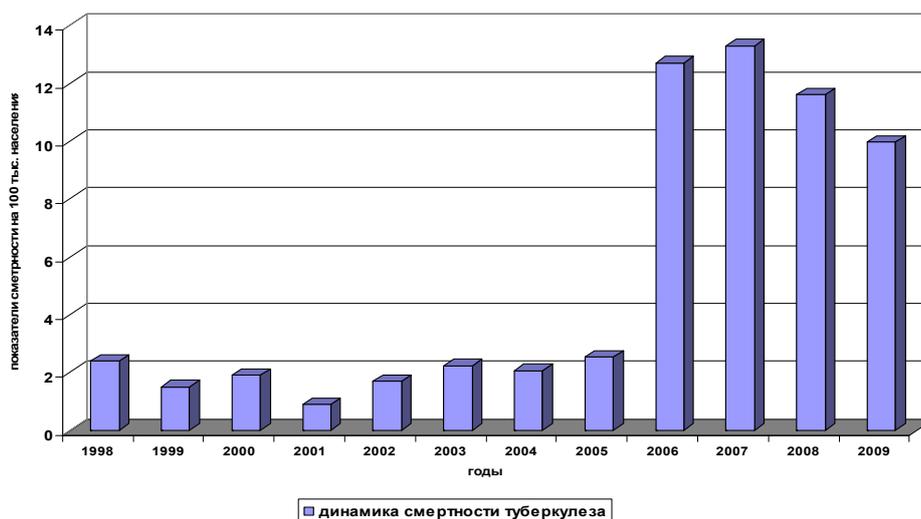


Рисунок 6 — Смертность населения Гомельской области от туберкулеза за 1998–2009 гг.

Смертность мужчин от туберкулеза в 4 раза выше, чем женщин (86,3 и 19,7 % соответственно). Данную закономерность можно объяснить тем, что алкоголизм, наркомания, отказ от лечения, поздняя обращаемость к врачу, нару-

шение больничного режима более присущи мужской части населения.

Основными причинами смерти являются распространенные хронические формы туберкулезного процесса:

- фиброзно-кавернозный туберкулез легких (47,4 %);
- острый милиарный туберкулез (31,6 %);
- казеозная пневмония (9,4 %);
- инфильтративный туберкулез легких (7,8 %);
- диссеминированный туберкулез легких с распадом (3 %);
- внелегочные формы туберкулеза (0,8 %).

Рост смертности обусловлен также ростом ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Так, в 2008 г. 38 % случаев от общего числа умерших от туберкулеза пришлось на ВИЧ-ассоциированный туберкулез.

На формирование уровня заболеваемости туберкулезом существенное влияние оказывают социальные факторы. На основании результатов анкетирования больных и изучения медицинской документации нами составлен социальный портрет больного туберкулезом:

- трудоспособный возраст (31–40 лет);
- среднее образование;
- наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя);
- лицо, не занимающееся физическим трудом;
- имелись заболевания органов дыхания до основного заболевания;
- социально-дезадаптированные условия жизни;
- контакт с больным туберкулезом, в том числе вне семьи — в рабочем коллективе;
- характерная для туберкулеза рентгенологическая картина (распространенные инфильтративные процессы);
- устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) достаточно большая: 56,8 % респондентов имели заболевания органов дыхания до основного заболевания — туберкулезом, причем чаще всего встречаются заболевания, в патогенезе которых ведущую роль играет воспалительный компонент (пневмонии, бронхиты).

Заключение

В целом ухудшение ситуации по туберкулезу диктует необходимость оптимизации существующей системы профилактики и ранней диагностики заболеваний.

Специфическая профилактика является основным методом защиты детей от развития генерализованных и распространенных форм туберкулеза и приводит к снижению показателей заболеваемости.

Особое внимание должно быть обращено на качество всех проводимых мероприятий с последующим анализом их эффективности и принятием управленческих решений.

Необходимо совершенствование законодательной базы по вопросам организации противотуберкулезных мероприятий, в частности,

решение вопроса о принудительной госпитализации больных, относящихся к группе лиц, нуждающихся в социальной поддержке, переоснащение РД оборудованием, дезинфекционными установками для проведения камерной обработки в очагах туберкулеза, амбулаторное лечение пациентов под контролем медработников (что внедрено в г. Гомеле). Результаты анкетирования показали, что 77 % больных, как мужчин, так и женщин, не соблюдают предписания врача полностью. Необходимо постоянное проведение информационно-образовательной работы, с одной стороны, с больными туберкулезом по вопросам необходимости неукоснительного соблюдения лечебно-охранительного режима, с другой стороны — с населением, применяя дифференцированный подход к работе с учетом групп населения, возраста, образования и т. д. и используя активные методы просвещения, включая средства массовой информации.

Важно сконцентрировать внимание на социальной направленности профилактических мероприятий, которые должны проводиться не только специалистами медицинской службы, но и других заинтересованных ведомств и служб (учреждения образования, социальной защиты населения, ОВД и др.)

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Эпидемиология туберкулеза и организация противотуберкулезной работы в Узбекистане / А. М. Абуйдулаев [и др.] // Проблемы туберкулеза. — М.: Медицина, 2000. — № 1. — С. 34–36.
2. Аксенова, В. А. Противотуберкулезная вакцинация в современных условиях / В. А. Аксенова // Эпидемиология. Вакцинопрофилактика. — 2008. — № 2. — С. 40–47.
3. Аксюткина, Л. П. Факторный анализ состояния эпидемического и инфекционного процессов туберкулеза у детей // Л. П. Аксюткина // Проблемы туберкулеза. — 2006. — № 3. — С. 19–21.
4. Кореенко, С. Н. Профилактика и активное выявление туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи / С. Н. Кореенко. — М.: Медицина, 2007. — С. 12–13.
5. Туберкулез у подростков в Москве: эпидемиологическая ситуация и проблемы / Е. С. Овсянкина [и др.] // Проблемы туберкулеза. — 2007. — № 7 — С. 29–31.
6. Овсянкина, Е. С. Туберкулез у подростков, страдающих неспецифической патологией органов дыхания / Е. С. Овсянкина, А. П. Рыжкова // Проблемы туберкулеза. — 1991. — № 3. — С. 43–45.
7. Орлов, В. Л. Характеристика контингентов детей с неспецифическими бронхолегочными заболеваниями, инфицированных туберкулезом / В. Л. Орлов // Проблемы туберкулеза. — 1988. — № 5. — С. 16–18.
8. Перельман, М. И. Ситуация с туберкулезом в России и выполнение Федеральной программы по борьбе с ним / М. И. Перельман // Проблемы туберкулеза. — М.: Медицина, 2001. — С. 23–25.
9. Поддубная, Л. В. Вакцинация БЦЖ и ее эффективность у детей / Л. В. Поддубная // Проблемы туберкулеза. — 2006. — № 1. — С. 13–16.
10. Ротабыльский, Г. В. Лучевые методы выявления и диагностики туберкулеза сегодня / Г. В. Ротабыльский // Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 4. — С. 3–6.
11. Тулянкин, В. Ф. Туберкулез активный / В. Ф. Тулянкин. — М.: Паритет, 1997. — С. 574–582.
12. Фирцев, С. В. Туберкулез — буревестник революции / С. В. Фирцев // Большой целевой журнал о туберкулезе. — 1999. — № 2. — С. 31–34.
13. Фирцев, С. В. История всемирных дней борьбы с туберкулезом / С. В. Фирцев // Большой целевой журнал о туберкулезе. — 1999. — № 3. — С. 4–14.
14. Доклад «Глобальная борьба с туберкулезом в 2008 г.» (Global tuberculosis control — surveillance, planning, financing).

Поступила 29.03.2010