

Е. Н. Логовая, Н. Н. Шалобыта
**СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТИ ПАЦИЕНТОВ ФТИЗИАТРИЧЕСКИХ
ОТДЕЛЕНИЙ**

Научный руководитель ассист. Н. П. Антонова

Кафедра фтизиопульмонологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Данная статья посвящена одной из актуальных проблем медицины – туберкулезу. В статье освещены основные особенности причин смерти лиц, умерших от туберкулеза. Целью исследования является изучение особенностей структуры смертности больных туберкулезом в г. Минске. Исследованию подверглись истории болезни умерших в период 2009–2013 гг. в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии».*

***Ключевые слова:** туберкулез, заболеваемость, смертность.*

***Resume.** The scientific article is devoted to one of the most pressing medical problems – tuberculosis. This article presents the main features of the causes of death of persons dying from tuberculosis. The aim is to study the structural features of mortality in patients with tuberculosis in the Minsk. Study underwent medical history patients who died in 2009–2013 years in the Republican Scientific and Practical Centre of Pulmonology and Tuberculosis.*

***Keywords:** tuberculosis, morbidity, mortality.*

Актуальность. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь осложнилась в начале девяностых годов прошлого столетия. После периода относительного благополучия в отношении заболеваемости и смертности от туберкулеза, в середине 90-х годов прошлого столетия ситуация стала крайне неблагоприятной. В настоящее время заболеваемость туберкулезом в Беларуси уменьшается, зато распространяются все более опасные, устойчивые к лекарствам формы болезни. С 2005 по 2010 гг. наметилась положительная динамика эпидемиологических показателей по туберкулезу: уровень заболеваемости снизился на 13,9 % (с 51,1 до 44,0 на 100 тыс. населения), уровень смертности - на 32,2 % (с 12,1 до 8,2 на 100 тыс. населения) [1]. Туберкулез, как социально значимое инфекционное заболевание, занимает по данным ВОЗ второе место среди причин смерти от инфекционных заболеваний по всему миру, после ВИЧ-инфекции [2]. Наряду с высокими показателями заболеваемости туберкулезом, в последние годы увеличивается число больных туберкулезом с сопутствующими неспецифическими заболеваниями, которые ставят перед фтизиатрами новые проблемы по профилактике, раннему выявлению и лечению таких больных. Данные литературы показывают, что туберкулез все чаще присоединяется к другим заболеваниям, в то же время другие заболевания могут способствовать развитию туберкулеза [3]. Но во всех случаях при развитии туберкулеза на фоне других заболеваний и, наоборот, развитии других заболеваний на фоне туберкулеза отмечается взаимное утяжеление их течения вплоть до летального исхода. Это, в частности, подтверждается результатами ряда исследований, которые показали значительную распространенность ВИЧ-инфекции [4, 5, 6], заболеваний желудочно-кишечного тракта [7, 8], сердечнососудистых заболеваний [9], специфических заболеваний лёгких [10] среди больных туберкулезом. Любая тяжелая болезнь может не только снижать иммунитет, но и служить причиной смерти, поэтому изучение туберкулеза с наличием сопутствующей патологии послужило темой нашего исследования.

Цель: Изучить особенности структуры смертности пациентов фтизиатрических отделений в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»; определить вклад сопутствующей патологии в структуру смертности пациентов фтизиатрических отделений; выявить роль ВИЧ-инфекции в структуре смертности пациентов с туберкулёзом.

Задачи:

1. Определить роль различных форм туберкулеза в формировании структуры смертности пациентов фтизиатрических отделений;
2. Поиск взаимосвязей между показателями смертности от туберкулеза и ВИЧ-инфекцией для изучения их влияния на формирование структуры смертности пациентов фтизиатрических отделений;
3. Определить роль сопутствующей патологии в формировании структуры смертности пациентов фтизиатрических отделений.

Материал и методы. Дизайн исследования - ретроспективное, методом случайной выборки. Исследованию подверглись 150 историй болезни, в том числе 61 протокол патологоанатомических вскрытий умерших в период 2009–2013гг. в г. Минске в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии».

Результаты и их обсуждение. Анализ половозрастной структуры показал, что среди умерших во фтизиатрическом стационаре преобладали мужчины - 74,7 % (n = 112), женщины составили - 25,3 % (n = 38) и их соотношение - 3:1. Большинство умерших были старше 40 лет - 80,6 % (n = 121). Вместе с тем, распределение по возрасту выглядит следующим образом: в группу 20 - 39 лет вошли 19,3 % наблюдений (n = 29), 40–59 лет - 49,3 % (n = 74), 60 лет и старше - 31,3 % (n = 47).

Туберкулез был подтвержден бактериологическим методом при исследовании мокроты в 86 % случаев (n = 129), а положительные результаты микроскопии мокроты на кислотоустойчивые микобактерии имели место у 53,3 % пациентов (n = 80); у ряда пациентов, умерших от сопутствующей патологии, информации о бактериовыделении при жизни не было получено.

Туберкулез явился причиной смерти у 111 пациентов из 150 с сопутствующей патологией и без сопутствующих заболеваний, что составило 74 %.

Структура клинических форм туберкулеза, прогрессирование и осложненное течение которых привело к летальному исходу, выглядит следующим образом: казеозная пневмония - 25,2 % (n = 28), фиброзно-кавернозный туберкулёз - 21,6 % (n = 24), генерализованный туберкулез - 22,5 % (n = 25), осложнения туберкулеза (легочные кровотечения, пневмоторакс, тромбоэмболия легочной артерии) - 30,6 % (n = 34).

Анализируя данные можно сказать, что большая часть выявленных случаев заболеваемости туберкулезом легких с сопутствующей патологией умерших пациентов принадлежит к возрастному периоду старше 40 лет. Это говорит о том, что у людей данной возрастной категории, ввиду ослабления иммунной защиты организма на фоне сопутствующей патологии, туберкулез протекает достаточно тяжело.

Больше половины умерших имели те или иные сопутствующие заболевания - 86,7 % (n = 130). Непосредственной причиной смерти сопутствующая патология стала в 23,3 % случаев (n = 35). Среди причин смерти болезни сердечнососудистой системы составили 34,3 % (n = 12), из них 11 случаев относятся к возрастной группе старше 60 лет. Онкологические заболевания стали причиной смерти в 7,3 % (n = 11), хронический алкоголизм - 14,3 % (n = 5), прочие заболевания - 20,0% (n = 7).

ВИЧ-ассоциированный туберкулёз в структуре смертности составил 10,0 % (n = 15), причем к возрастной группе 20-39 лет относится 12 из 15 случаев. Анализ всех случаев менингоэнцефалита выявил, что 2/3 случаев возникновения этой тяжелой патологии приходится на ВИЧ - ассоциированный туберкулез. Множественная лекарственная устойчивость среди пациентов с ВИЧ -

ассоциированным туберкулёзом составила 86,6 % (n = 13), ШЛУ - 13,3 % (n = 2).

Выводы:

1. В демографической структуре умерших пациентов ГУ «РНЦ пульмонологии и фтизиатрии» отмечается преобладание мужчин над женщинами (3:1).

2. Непосредственной причиной смерти туберкулез и его осложнения стали в 74 % случаев (n = 111).

3. ВИЧ - ассоциированный туберкулёз составляет 10,0 % в структуре смертности пациентов фтизиатрических отделений, однако большинство случаев относится к возрастной категории до 40 лет, и именно у этой категории развиваются такие тяжелые формы туберкулеза как менингоэнцефалит.

4. Сопутствующие заболевания как причина смерти установлены в 23,3 % случаев (n = 35), лидирующая позиция здесь принадлежит болезням сердечнососудистой системы.

E. N. Logovaya, N. N. Shalobyta

**THE STRUCTURE OF CAUSES OF DEATH OF PATIENTS IN
TUBERCULOSIS DEPARTMENTS**

Tutor Assistant N. P. Antonova

Department of Phtysiopulmonology,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения. РБ от 08.11.2012 г. № 1323. Руководство по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в РБ. Авторы: А. П. Астровко, Е. М. Скрягина, О. М. Калечиц, О. М. Залуцкая.

2. Global tuberculosis control: WHO report 2013. — Режим доступа: http://who.int/tb/publications/global_repost/2013/gtbr13_ful.pdf.

3. Яблоков Д.Д. Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями / Д.Д. Яблоков, А.И. Галибина. Томск: изд-во Томского университета.- 1976.-551 с.

4. Фролова О.П. Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфицированным в России / О.П. Фролова, В. Якубяк, А.А. Коробицын // Пробл. туб.и болезней легких. — 2005. — № 10. — С. 16-20.

5. Нанн П. Глобальный подход к борьбе с ВИЧ-ассоциированным туберкулёзом / П. Нанн // Пробл. туб.и болезней легких 2005. — № 10. - С. 13-16.

6. Bock N. Seminars in respiratory and critical med / N. Bock, L. Reichman.- 2004. Vol. 24. - N 3. - P. 337-344.

7. Гаврильев С.С. Совершенствование технологии химиотерапии туберкулёза легких, отягощённого сопутствующими заболеваниями /С.С. Гаврильев, В.И. Николаев, М.К. Винокурова // Пробл. туб. — 2001. №2. -С. 8-9.

8. Halpern A.V. Associate s diseases and chronic tuberculosis / A.V. Halpern, L. Spalatelu, M. Ciontu // Europ. resp. Journ. 2003. - Vol. 22. - Suppl. 45. - P. 154.

9. Корецкая Н.М. Причины смерти больных'туберкулёзом / Н;М; Корец-кая, С.В. Горло //

69-я научно практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Актуальные проблемы современной медицины и фармации-2015»

Пробл. туберкулеза. 2001. - № 2. - С. 43-45.

10. Cristoniu M., Todea E. Tuberculosis in asthmatic patients / M. Cristoniu, E. Todea // Europ. Resp. J. 2004. - Vol. 28. - Suppl. 48. -P. 26.