

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И СМЕРТНОСТИ ОТ НЕГО В АРМЕНИИ /1980-2000гг/

Сагоян И. Л., Стамболцян Е. П., Маркарян Н. Р., Егиазарян Л. М.,
Арутюнян Е. А., Шаумян А. А

*(Кафедра фтизиатрии НИЗ им. акад. С. Х. Авдалбекяна,
Институт информатики и проблем автоматизации НАН РА)*

За последние 10 лет в Армении, как и во всем мире, наблюдается рост заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Основными причинами новой эндемии туберкулеза являются нарастание миграционных процессов, рост лекарственной устойчивости возбудителя заболевания к существующим противотуберкулезным препаратам, во многих странах рост СПИД-а, снижающего иммунитет к туберкулезу, недостатки в лечении больных туберкулезом (Фермер Поль, 1999, М. К. Фельтен, Г. Б. Форте, 1999, М. Б. Ламбрекс, 1999, Джен Крафтон, Норман Хари, Фред Миллер, 1996 и др.).

Наряду с этими факторами, общими для всех стран, в том числе и развитых стран Европы и Америки, в Армении, как и в других республиках СНГ, существенное влияние оказали после распада СССР, резкое ухудшение социально-экономических условий жизни населения и разрушение апробированной в течение нескольких десятилетий традиционной и весьма эффективной системы профилактики, раннего выявления и лечения туберкулеза (А. Г. Хоменко, 1995, 1996, 1997, 1999, Т. Б. Дмитриева, 1998, М. С. Двойрин с соавт., 1999, А. Г. Чучалин, 1998, И. Л. Сагоян, Стамболцян Е. П., Н. Р. Маркарян, 1997, 1998, 1999 и др.).

Нами проанализирована динамика за 21 год (1980-2000) основных эпидемиологических показателей по туберкулезу — заболеваемости и смертности, а также некоторых качественных показателей, характеризующих работу по профилактике и раннему выявлению туберкулеза.

Как видно из диаграммы 1, заболеваемость туберкулезом на 100 тысяч населения возросла за указанные годы на 44% (с 23.5 до 33.9). Наиболее низкая заболеваемость наблюдалась в 1991-1992гг (16.7 и 16.8), наиболее высокая — в 1999г. /38.6/.

Здесь следует отметить следующее. В течение всего периода после распада СССР наблюдается исход населения из республики. Таким образом, мы не знаем истинного числа населения, следовательно оперируя официальными статистическими данными о численности населения, мы значительно

снижаем основные эпидемиологические показатели по туберкулезу. Исходя из этого положения нельзя серьезно относиться к некоторому снижению показателя заболеваемости в 2000г. (33.9 на 100 тысяч населения).

О продолжающемся ухудшении эпидемической ситуации в республике свидетельствует диаграмма 2, отражающая структуру впервые выявленных больных легочным туберкулезом, а именно, удельный вес больных с деструкцией легочной ткани.

Этот показатель, который и в благополучные годы был сравнительно высоким, за 21 год возрос с 59.6 до 82.2%. Наиболее низкий показатель наблюдался в 1986 г. (48.5%), наиболее высокий — в 2000 г. (82.2%).

Еще более возрос среди впервые выявленных больных удельный вес самой запущенной формы легочного туберкулеза — фиброзно — кавернозного туберкулеза — с 2.6 до 7.2%, т. е. почти в 3 раза (диаграмма 3). Этот рост в основном начался с 1989 г.

Приведенные данные свидетельствуют о неудовлетворительной работе в последние 10-12 лет по раннему выявлению туберкулеза, что объясняется в основном отказом от профилактических флюорографических обследований, переходом на платное обслуживание в поликлиниках и больницах, а также неблагоприятным социальным составом больных.

Об ухудшении работы по раннему выявлению туберкулеза у детей свидетельствует диаграмма 4, отражающая удельный вес детей среди всех впервые выявленных больных. Он снизился в 2.6 раз (с 12.5 до 4.8%), тогда как, к примеру, в России он, наоборот, повысился за последние 8 лет с 5.6 до 13.2% (Т. В. Дмитриева, 1998, А. Г. Хоменко, 1999). Это объясняется тем, что в России не отказались от ежегодной туберкулинодиагностики (А. Приймак, 2000, Л. Митинская, 2001), тогда как в Армении этот метод, являющийся единственным средством раннего выявления туберкулеза у детей, в последние 10 лет применяется только с диагностической целью, и то не всегда. Дети выявляются в основном с локальными распространенными формами туберкулеза, на учет берутся лишь единичные случаи туберкулезной интоксикации, наиболее раннего проявления у детей активного туберкулеза. Снизилась лишь заболеваемость детей туберкулезным менингитом (в последние 3 года — единичные случаи), что можно объяснить довольно высоким охватом новорожденных вакцинацией БЦЖ (более 90%), а также возобновлением ревакцинации в 7-летнем возрасте (правда "прямым" методом, т. е. без предварительной постановки пробы Манту, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, что, по нашему мнению, не исключает возможности активации скрытой туберкулезной инфекции в ряде случаев).

Косвенным показателем позднего выявления больных и ухудшения профилактической работы в очагах туберкулеза свидетельствует рост заболеваемости контактов (диаграмма 5). Он повысился в 6 раз (с 230 до 1431.4 на 100 тысяч контактных), соответственно процент заболевших контактов возрос с 0.2 до 1.2% и превышает общую заболеваемость в 42 раза.

Ежегодно снижается удельный вес внелегочного туберкулеза среди всех впервые выявленных (диаграмма 6), особенно резко в последние 5 лет, что свидетельствует о недостаточном уровне знаний врачей общей лечебной сети и соответствующих специалистов в области клиники и диагностики внелегочных форм туберкулеза. То же наблюдается и в России, о чем с тревогой пишет засл. деятель науки РФ профессор А. Приймак в очень актуальной статье "На бомбе под названием туберкулез" в Медицинской газете от 2.3.2001г.. Одной из причин этой ситуации, по его мнению, является совершенно не своевременная тенденция к интеграции фтизиатрии и пульмонологии, создание фтизиопульмонологических отделений, кафедр, институтов, ликвидация внелегочных отделений, в том числе единственного в России Петербургского института внелегочного туберкулеза, который был кузницей подготовки кадров не только для России, но и для всех республик бывшего СССР, в том числе Армении. Между тем, в условиях выраженного снижения иммунитета к туберкулезу при наличии достаточно высокой инфицированности населения велик риск развития вторичного туберкулеза, который, как правило, проявляется в виде внелегочных локализации. По мнению А. Приймака в ближайшее время имеется угроза эпидемии внелегочного туберкулеза. В Армении это проявляется ростом полисерозитов и других генерализованных форм туберкулеза, запущенных форм костно-суставного туберкулеза, в том числе среди солдат.

Анализ возрастно-половой структуры заболеваемости показывает нарастание удельного веса мужчин (более 80%), некоторое омоложение туберкулеза — смещение среднего возраста заболевших с 35 до 30 лет. Так, по данным 2000г. преобладает наиболее уязвимые трудоспособные возрасты — 20-39 лет (48.7%) и 40-59 лет (22.4%). Это особенно выражено у мужчин, в частности, в возрасте 18-25 лет, что объясняется ростом туберкулеза в последние годы в армии. В 1999 и 2000 годы удельный вес военнослужащих среди всех впервые заболевших составил 23-25%. Особенно много среди них больных с экссудативным плевритом. В преобладании молодого возраста у заболевших мужчин играет роль и упорядочение флюорографических обследований призывников в последние годы на сборных пунктах. Таким путем выявляются больные еще до вступления на военную службу.

Выявляемость туберкулеза среди призывников составляет около 1 на 1000 обследованных (средняя выявляемость при проф. обследованиях среди всех слоев населения в Армении до 1990г. составляла 0.4).

В диаграмме 7 представлена динамика смертности за указанные годы. В республике смертность от туберкулеза всегда была наиболее низкой в бывшем Союзе (как и заболеваемость). За 21 год она возросла с 3.0 до 3.7 на 100 тысяч населения, т.е. на 20%. Однако, показатель смертности в последние годы (как и заболеваемость) не отражает истинную ситуацию, так как высчитывается, как уже отмечалось, по данным официальной статистики*.

О позднем выявлении болезни, появлении остро прогрессирующих форм туберкулеза свидетельствует другой показатель — удельный вес умерших в течение первого года болезни среди всех случаев смерти. В последние годы он составляет более 30%, а летальность впервые выявленных больных, соответственно, возросла в 3 раза — с 1.1 до 3.3% (диаграмма 8).

Нами проанализированы также причины смерти больных туберкулезом по данным стационара Республиканского противотуберкулезного диспансера за последние 2 года. Ретроспективное изучение историй болезни 54 умерших показало значительное преобладание мужчин (соотношение мужчин и женщин составляет 6.7:1), что соответствует данным литературы (О. В. Уварова, Т. Г. Терехова, 1984, В. С. Анастасьев, Г. Д. Раздель, 1983). Средний возраст умерших мужчин — 47.5 лет, женщин — 43 года. Детей до 4-х лет было двое. 72.2% умерших были из социально необеспеченных или асоциальных групп населения, в том числе 11 — бывшие заключенные, 1 — бомж, 7 — пенсионеров, 20 — безработных. У 14 больных (25.9%) были различные сопутствующие заболевания, в том числе сахарный диабет — у 5, ХНЗОД — у 5, из них у 4 — бронхиальная астма, хронический алкоголизм — у 2, психические заболевания — у 2. У 13 (24%) имелись вредные привычки, у 15 (27.7%) — контакт с больными туберкулезом (в том числе у 10 — в заключении). 63% были бактериовыделителями.

Вскрытие было осуществлено у 27 больных (50.0%). Клинико-анатомических расхождений не было отмечено. У 63% имелось хроническое течение заболевания с длительностью от 5 до 10 лет и более. Многие лечились нерегулярно, особенно находящиеся в заключении.

По клиническим формам туберкулеза преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез — 35 чел. (64.8%), инфильтративный туберкулез и

* Согласно статистического исследования эмиграции, проведенного в Институте проблем информатики и автоматизации НАН Армении (Е. А. Арутюнян, А. А. Шаумян, 2000), показатель смертности в 2000г. близок к 5.6.

казеозная пневмония наблюдались у 9 (16.6%), диссеминированный туберкулез — у 5 (9.3%), генерализованный туберкулез — у 2, туб. менингит — у 2.

Причины смерти мы разделили по следующим группам:

1. Хронический прогрессирующий туберкулез и его осложнения — 39 чел. (72.2%).
2. Впервые выявленный остропрогрессирующий туберкулез и его осложнения 13 чел. (24.0%).
3. Конкурирующие заболевания — 2%, 3.7%. Это были злокачественная опухоль средостения и острая сердечная недостаточность у больного с эмпиемой.

Таким образом, среди причин смерти преобладал хронический прогрессирующий туберкулез легких и его осложнения, на втором месте — остро прогрессирующие формы туберкулеза и их осложнения, в обеих группах среди осложнений наиболее часто наблюдалась нарастающая легочно-сердечная недостаточность (67.3%), дыхательная недостаточность отмечена у 11.5%, легочное кровотечение — у 11.5%, отек легких — у 5.8%, туберкулез кишечника — у 1.8% (один больной).

Следует отметить, что в период благоприятного патоморфоза туберкулеза (1960-1985) прогрессирование туберкулеза среди причин смерти занимало III место после сопутствующих заболеваний и неспецифических осложнений (легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз и др.). В последние годы, по данным литературы вновь нарастает смерть от остро прогрессирующих форм туберкулеза, что не было характерно для периода патоморфоза, что видно и из нашего материала. Как и прежде незначительна доля специфических осложнений, хотя небольшой материал не позволяет делать окончательный вывод. И наконец на нашем материале наблюдались лишь два случая смерти от сопутствующих заболеваний, которые занимали видное место в период патоморфоза. Безусловно, среди умерших дома таких случаев намного больше. Так, по данным годовых отчетов 1999 и 2000 гг. не от туберкулеза умерли по 45 больных (31.9%).

Мы не сочли целесообразным среди причин смерти выделять специфические и неспецифические осложнения, как это делает большинство исследователей, в частности патоморфологи (Б. П. Яшенко, 1984, О. А. Уварова, Т. Г. Терехова, 1984, Г. А. Калинин с соавт., 1988 и др.), так как при комбинации прогрессирующего туберкулеза с указанными осложнениями нелегко установить истинную причину смерти. По существу эти осложнения являются одними из проявлений прогрессирования болезни.

Такого же мнения придерживаются и некоторые другие авторы (В. С. Анастасьев, Г. Д. Равдель, 1983).

Итак, предварительное изучение танатогенеза туберкулеза в последние годы свидетельствует о реверсии классических форм туберкулеза и позднем выявлении заболевания, наряду с ухудшением общей эпидемической ситуации по туберкулезу.

На повышение заболеваемости туберкулезом и смертности от него влияет комплекс социальных и медико-биологических факторов риска: низкий уровень жизни, пребывание в прошлом в заключении, тяжелые сопутствующие заболевания, вредные привычки, а также ухудшение работы по профилактике, раннему выявлению и лечению туберкулеза.

9. IV. 2001г.