

Ю. І. Фещенко, І. О. Новожилова, В. М. Мельник, С. В. Лірник
ПОМЕРЛІ ВІД АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПОЗА СТАЦІОНАРОМ:
МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКА ТА ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ

Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України"

Смертність від туберкульозу є одним із найважливіших показників заподіяного цією недугою соціального збитку, тому кожен випадок смерті від туберкульозу слід розглядати як надзвичайну подію, потрібно виявляти її причину, помилки, недоліки в роботі лікаря, диспансеру чи іншого лікувального закладу [7].

У роботах деяких дослідників відмічається, що на рівень смертності населення від туберкульозу впливають соціальні чинники: відсутність постійного заробітку, сімейна невлаштованість, попереднє перебування в місцях позбавлення волі, зловживання алкоголем, пізнє та несвоєчасне виявлення туберкульозу, наявність супутніх захворювань, негативне ставлення до лікування тощо [3, 5, 6, 8]. Майже всі хворі, які померли від туберкульозу, соціально несприятливі. Найбільш соціально несприятливими групами населення є особи без визначеного місця проживання, ті, що не мають постійних доходів, показник смертності яких в 126 разів перевищує показник смертності порівняно із всім населенням. Доведено, що у зменшенні ризику смерті від туберкульозу вирішальну роль мають своєчасне виявлення недуги та робота в групах ризику розвитку активного туберкульозу [4]. Основними шляхами зниження летальних завершень туберкульозу легень є раннє виявлення туберкульозу, своєчасна діагностика та комплексне лікування [1].

Як відомо, деякі хворі на туберкульоз вмирають поза стаціонаром або вдома. Смерть від активного туберкульозу вдома — явище вкрай небезпечне для оточуючих, котрі, перебуваючи безпосередньо в джерелі масивного бактеріовиділення, можуть інфікуватися та захворіти. Тому питома вага хворих, які померли від активного туберкульозу вдома, до загальної кількості померлих від активного туберкульозу, є важливим епідеміологічним показником. Прогресуюче зростання цього показника — одна із ознак погіршення епідеміологічної ситуації та виникнення епідемії туберкульозу. В літературі зустрічаються дані, які свідчать про те, що питома вага померлих від туберкульозу легень поза диспансером має тенденцію до зростання [2]. Однак, такі поодинокі дослідження не дають повної уяви як щодо динаміки показника смертності від активного туберкульозу вдома, так й щодо самого контингенту померлих від активного туберкульозу поза стаціонаром. На нашу думку, без ретельного аналізу всіх доступних даних про померлих від туберкульозу вдома, не можливо встановити причини зростання показника смертності від активного туберкульозу вдома, а тому й вплинути на його динаміку.

Матеріали та методи дослідження

З метою встановлення причин зростання показника смертності від туберкульозу вдома, проведене нами дослідження включало багаторічний моніторинг даного показника (1978–2008 рр.) та безпосередній аналіз

даних щодо померлих від активного туберкульозу вдома. Моніторинг показника смертності від туберкульозу вдома здійснювався за даними обліково-звітних форм. Для характеристики контингенту померлих від туберкульозу вдома, виявлення причин та чинників, які сприяли летальному завершенню, були вивчені матеріали стосовно 309 хворих, які померли від активного туберкульозу вдома у 2004 році в різних адміністративних територіях України. Ці матеріали були надані нам із протитуберкульозних установ адміністративних територій України. Вони містили дані про віко-статевий та соціальний стан, анамнестичні особливості, діагноз (в т. ч. форма туберкульозу, ускладнення і супутня патологія), особливості виявлення та діагностики захворювання тощо.

Оцінка отриманих даних проводилася за статистичними методами на персональному комп'ютері з використанням програми Excel-2000.

Робота виконувалася за рахунок коштів державного бюджету.

Результати дослідження та їх обговорення

Моніторинг показника смертності від активного туберкульозу вдома (питома вага від загального числа хворих, які померли від активного туберкульозу) за 1987–2008 рр., виявив значне коливання даного показника протягом зазначеного періоду. А саме, середній по Україні показник за весь цей час коливався від 7,5 до 33,9 %, що наочно видно з наведених на рисунку даних. Як бачимо, у період 1978–1986 рр. цей показник мав тенденцію до зниження (з 12,9 до 7,6 %), а з 1987 року він почав поволі зростати. З 1991 року спостерігався стрімкий ріст питомої ваги померлих від активного туберкульозу вдома. У 2008 році даний показник зріс у порівнянні з 1991 роком у 2,6 рази (з 13,0 до 33,9 %), а у порівнянні з 1984 роком, коли він був найнижчим, у 4,5 рази (з 7,5 до 33,9 %). Так, лише за період офіційно оголошеної епідемії туберкульозу (з 1995 р. до 2008 р.), питома вага хворих, які померли від активного туберкульозу вдома, зросла з 21,2 до 33,9 %, тобто у 1,6 рази. У 2000–2008 рр. питома вага померлих від активного туберкульозу вдома в цілому в Україні була найвищою за всі попередні роки, а саме: у 2000 р. — 31,7 %, у 2001 р. — 33,8 %, у 2002 р. — 30,9 %, у 2003 р. — 31,2 %, у 2004 р. — 33,7 %, у 2005 р. — 33,5 %, у 2006 р. — 33,6 %, у 2007 р. — 32,8 %, у 2008 р. — 33,9 %. Наведені дані свідчать, що про будь-яке суттєве зниження даного показника протягом останніх дев'яти років не доводиться говорити — протягом усього вищезазначеного періоду він був стабільно високим.

Аналізуючи динаміку показників смертності від активного туберкульозу вдома в кожній із адміністративних територій України, слід відмітити, що за даними 2008 року в 10 з 27 адміністративних територій ці показники перевищували середній показник по Україні. Значно вищими за середні дані показники в 2008 році були в АР Крим (46,8 %), Дніпропетровській (41,1 %), Лу-

ганській (39,2 %), Львівській (44,3 %), Тернопільській (43,8 %) областях, м. Севастополі (36,8 %). У двох адміністративних територіях України — Київській та Чернівецькій областях відсоток померлих від активного туберкульозу вдома складав більше половини від загальної кількості померлих від активного туберкульозу, а саме 53,8 % та 53,4 % відповідно. Необхідно також відмітити, що у 2008 році у порівнянні з попереднім роком в деяких адміністративних територіях відсоток померлих вдома від активного туберкульозу значно збільшився, а саме: у Чернівецькій області він складав 53,4 % проти 38,3 % у 2007 році, у Тернопільській області — 43,8 % проти 29,9 %, у Луганській області — 39,2 % проти 33,2 %, у Дніпропетровській області — 41,1 % проти 35,3 %. Для того, щоб попередити подібні негативні явища в майбутньому, необхідно на місцях прискіпливо розібрати кожен випадок летального завершення активного туберкульозу, що відбувся поза стаціонаром, із встановленням причини даного конкретного випадку смерті вдома та визначити можливість уникнення цього у подальшому.

Поставивши для себе за мету вивчити причини та чинники, які сприяють смерті від активного туберкульозу поза стаціонаром, ми вивчили матеріали стосовно 309 осіб — мешканців різних адміністративних територій України, які відносилися до категорії померлих вдома хворих на активний туберкульоз.

Встановлено, що вік цих померлих коливався в межах від 18 до 75 років. Чоловіків серед них було значно більше, ніж жінок, а саме — 273 (88,35 %) проти 36 (11,65 %), $P < 0,05$, що відповідає гендерному розподілу серед загального контингенту хворих на туберкульоз. Розподіл даного контингенту померлих за віком, виявив, що найчисленнішими групами серед чоловіків були вікові групи 41–50 років — 119 (43,59 %) осіб та 51–60 років — 70 осіб (25,64 %), а серед жінок — 31–40 років — 11 (30,55 %) осіб та 51–60 років — 11 (30,55 %) осіб. Встановлено, що питома вага померлих вдома жінок у віці 31–40 років була значно більшою, ніж чоловіків того ж віку — 30,55 % проти 16,49 %. У цілому, більше половини (65,57 % чоловіків та 58,34 % жінок) померлих поза стаціонаром, хворих на активний туберкульоз були у віці до 50 років, тобто у працездатному та репродуктивному віці.

Структура померлих за соціальним станом виявилася наступною: працюючих було лише 19 (6,15 %), пенсіонерів — 30 (9,71 %), інвалідів — 80 (25,89 %), безробітних — 180 (58,25 %). Отже, серед осіб, які померли від активного туберкульозу вдома, безробітні становили більше половини ($P < 0,05$ у порівнянні з іншими соціальними групами).

Як бачимо, питома вага працюючих серед померлих від туберкульозу вдома була незначною (6,15 %), решту контингенту складали не працюючі, в тому числі пенсіонерів за віком серед них було лише 9,71 %. Отже, більша частка серед померлих від туберкульозу вдома припадала на не працюючих осіб працездатного віку, що вказує на несприятливість соціальної структури цього контингенту, підтвердженням чого є наведений нижче аналіз чинників, які сприяли летальному завершенню туберкульозу в цих хворих.

Аналізуючи давність захворювання у даного контингенту померлих, ми встановили, що 88 (28,48 %) з них

померли в строки до двох років від виявлення (у тому числі 19,95 % померли до року), 37 (11,98 %) — до трьох, 73 (23,62 %) — до п'яти, 78 (25,25 %) — до десяти, а 33 (10,68 %) — більше десяти років. Отже, більше чверті померлих вдома складали хворі, які померли в ранні строки від виявлення захворювання, що є непрямою ознакою пізнього виявлення туберкульозу.

Розподіл хворих, які померли від активного туберкульозу вдома, в залежності від етапу туберкульозного захворювання дозволив встановити, що у 104 (33,66 %) із них був вперше діагностований туберкульоз, у 40 (12,94 %) — рецидив туберкульозу, а у 165 (53,40 %) — хронічний туберкульоз. Найчастішою клінічною формою туберкульозу у померлих вдома був дисемінований туберкульоз легень — у 126 (40,77 %). У 115 (37,22 %) хворих, які померли вдома, був діагностований фіброзно-кавернозний туберкульоз, у 41 (13,27 %) — інфільтративний туберкульоз, у 10 (3,24 %) — казеозна пневмонія, у 11 (3,56 %) — міліарний туберкульоз та у 6 (1,94 %) — інші форми легеневого туберкульозу (множинні туберкульози з розпадом, циротичний туберкульоз, туберкульозна емпієма). У цілому, переважали деструктивні процеси у легенях — у 285 (92,23 %) померлих. Виділення мікобактерій туберкульозу з мокротинням мало місце у 254 (82,20 %) хворих, котрі померли вдома. Всі померлі від активного туберкульозу поза стаціонаром мали різні ускладнення, в тому числі 211 (49,64 %) специфічні та 214 (50,36 %) неспецифічні. У 296 (69,65 %) померлих вдома було від двох до п'яти ускладнень одночасно. Серед специфічних ускладнень відмічалися туберкульозна інтоксикація — у 186 (86,11 %), позалегеновий туберкульоз — у 16 (7,41 %), казеозна пневмонія — у 7 (3,24 %), туберкульозна емпієма плеври — у 2 (0,93 %). Із неспецифічних ускладнень виявлялися легенево-серцева недостатність — у 159 (73,60 %), хронічне легеневе серце — у 37 (17,13 %), неспецифічні захворювання легень — у 11 (5,09 %), легеневі кровотечі — у 3 (1,39 %), серцево-судинна недостатність — у 3 (1,39 %), спонтанний пневмоторакс — у 1 (0,46 %). Як бачимо, у померлих вдома переважали розповсюджені, занедбані та прогресуючі форми туберкульозу з наявністю числених як специфічних, так й неспецифічних, ускладнень та супутніх захворювань, хоча більше третини даного контингенту складали вперше виявлені хворі.

Незважаючи на те, що у всіх випадках смерті вдома повинна проводитися автопсія, у 91 (29,45 %) хворих на активний туберкульоз, котрі померли вдома, розтин не проводився, що не дозволило судити про правильність діагностики та адекватність проведеного лікування. Зіставивши клінічний та патологоанатомічний діагнози у 4 хворих на активний туберкульоз, котрі померли вдома, ми встановили розбіжності відносно основного діагнозу. А саме, у 2 хворих, які померли вдома, була казеозна пневмонія, хоча в клінічному діагнозі зміни в легенях оцінювалися як неспецифічна пневмонія, наслідком чого стало призначення неадекватного лікування. У 2 померлих вдома мала місце гіподіагностика туберкульозу, тобто замість фіброзно-кавернозного туберкульозу процес у легенях трактувався як інфільтративний та дисемінований туберкульоз.

Нами встановлено, що найчастішою безпосередньою причиною смерті у хворих на активний туберкульоз

поза стаціонаром є туберкульозна інтоксикація — у 162 (52,43 %), $P < 0,05$ у порівнянні з іншими причинами. Частою причиною смерті у даної категорії хворих є також легенево-серцева недостатність з ознаками хронічного легеневого серця — у 84 (27,18 %), $P < 0,05$ у порівнянні з іншими, крім туберкульозної інтоксикації, причинами. Серед інших причин смерті відмічається гостра легенево-серцева недостатність — у 32 (10,36 %), легенева кровотеча — у 20 (6,47 %), набряк легень — у 9 (2,91 %) та ниркова недостатність внаслідок амілоїдозу — у 2 (0,65 %) осіб.

Детальний аналіз всіх даних, у тому числі анамнезу захворювання та анамнезу життя, дозволив встановити чинники, які сприяли летальному завершенню активного туберкульозу у даної категорії хворих. Необхідно зауважити, що у кожного із померлих було виявлено не менше двох чинників, які призвели до смерті, а у більшості померлих — 255 (82,52 %) осіб мали місце більше двох чинників одночасно.

Статистично доведено, що провідним чинником, який сприяв летальному завершенню туберкульозу, було пізнє виявлення туберкульозу — у 299 (96,76 %) осіб, $P < 0,05$ у порівнянні з іншими чинниками. У 265 (85,76 %) померлих вдома хворих на туберкульоз мала місце відмова від лікування на різних етапах (стаціонарний, амбулаторний, санаторний, хірургічне лікування). Недисциплінованість (порушення стаціонарного режиму, перерви у прийомі протитуберкульозних препаратів, самовільний відхід із стаціонару, неявки на обстеження в диспансер та інші) відмічалися у 255 (82,52 %) осіб. У 265 (85,76 %) померлих вдома були незадовільні матеріально-побутові умови, а у 197 (63,75 %) осіб відмічався прогресуючий перебіг туберкульозу. Більше половини хворих на туберкульоз, які померли вдома, зловживали алкоголем — 171 (55,34 %). Тяжка супутня патологія була виявлена у 72 (23,31 %) осіб. Серед тяжкої супутньої патології переважали неспецифічні захворювання легень — у 41 (13,27 %), захворювання печінки — у 21 (6,80 %), а також нерідко зустрічалися такі захворювання, як цукровий діабет, злоякісні новоутворення, шлунково-кишкова та серцево-судинна патологія.

До інших чинників, які зустрічалися значно рідше у порівнянні з вищенаведеними, однак які не в меншій мірі сприяли випадкам смерті від активного туберкульозу вдома, належали хіміорезистентність МБТ — у 39 (12,62 %), відсутність визначеного місця проживання — у 34 (11,0 %), попереднє перебування в місцях позбавлення волі — у 23 (7,44 %), наркоманія — у 12 (3,88 %), СНІД або ВІЛ-інфікування — у 7 (2,27 %) осіб.

Висновок

Таким чином, на підставі проведеного нами багаторічного моніторингу показників смертності від активного туберкульозу вдома, можна впевнено стверджувати, що зростання смертності від туберкульозу вдома одна з характерних рис сучасної епідемії туберкульозу. Зростання з року в рік відсотка померлих від активного туберкульозу вдома від загальної кількості померлих, яка також постійно зростає, це не лише вкрай негативна ознака, яка притаманна епідемії, це — важливий показник, який характеризує роботу загальної медичної мережі щодо виявлення туберкульозу за останні роки як

незадовільну. Суттєва розбіжність у значеннях питомої ваги померлих вдома в різних адміністративних територіях України настановляє на думку про можливу недостовірність цих даних та вимагає щорічного аналізу формування даного показника у тих територіях, де він виявився найвищим або стрімко зріс протягом року.

Вивчаючи контингент хворих, які померли від туберкульозу вдома, ми встановили перевагу серед них працюючих осіб працездатного віку з наявністю багатьох чинників, що сприяли летальному завершенню туберкульозу. У більшості випадків безпосередньою причиною смерті було прогресування туберкульозу, яке виникло внаслідок відмови хворих від лікування (в тому числі самовільного припинення стаціонарного лікування) або пізно розпочатого лікування.

Як довели результати нашого дослідження, основною причиною смерті від активного туберкульозу вдома була пізня діагностика туберкульозу та ухилення від лікування. Більшу частину даного контингенту складали соціально дезадаптовані особи, які не зверталися за медичною допомогою навіть при наявності у них виражених симптомів туберкульозу. Тому єдиною тактикою щодо виявлення туберкульозу у таких осіб із подальшим залученням їх до лікування в стаціонарі є застосування методу активного виявлення (якомога повне охоплення обстеженням груп ризику щодо туберкульозу) та практичне впровадження системи соціальної підтримки хворих на туберкульоз, а також заохочення (матеріальне та інше) медичного персоналу, працівників товариства червоного хреста, працівників соціальних служб щодо обслуговування соціально дезадаптованих осіб, що захворіли (або з підозрою захворювання) на туберкульоз.

Отже, за рахунок покращання роботи з соціальними групами ризику, по-перше, існує певний резерв для зменшення показника смертності від туберкульозу вдома та смертності взагалі, по-друге, є можливість зменшення резервуару туберкульозної інфекції та попередження виникнення нових випадків захворювання на туберкульоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Жамборов, Х. Х. Анализ смертности больных туберкулезом легких [Текст] / Х. Х. Жамборов // Южно-Российский мед. журнал. — 2000. — № 3–4. — С. 1–3.
2. Закопайло, Г. Г. Анализ смертности больных туберкулезом легких в течение года после его выявления [Текст] / Г. Г. Закопайло // Пробл. туберкулеза. — 1996. — № 3. — С. 14–16.
3. Попович В. К., Туберкулез: развитие эпидемии [Текст] / В. К. Попович, И. М. Сон // Методическое пособие. — Москва, 2005. — 24 с.
4. Пунга, В. В. Расчет риска смерти от туберкулеза на примере Свердловской области [Текст] / В. В. Пунга, И. М. Сон, Е. И. Скачкова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 5. — С. 14–15.
5. Сельцовский, П. П. Социальные аспекты эпидемиологической ситуации по туберкулезу в мегаполисе (г. Москва) [Текст]: автореф. дисс... д-ра мед. наук: 14.00.26 / Сельцовский Петр Петрович; Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы. — Москва, 2003. — 45 с.
6. Социальные и клинические характеристики прогрессирующих форм туберкулеза легких в Саратове и Саратовской области [Текст] / Л. Б. Худзик, [и др.] // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2001. — № 6. — С. 24–27.
7. Феценко, Ю. І. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу [Текст] / Ю. І. Феценко, В. М. Мельник. — К.: Здоров'я, 2002. — 902 с.

8. *Фролова, И. А.* Влияние социальных факторов на уровень смертности больных туберкулезом [Текст]: автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.26, 14.00.33 / Фролова Ирина Алексеевна — Москва, 2004. — 23 с.

**ПОМЕРЛІ ВІД АКТИВНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ПОЗА СТАЦІОНАРОМ:
МОНІТОРИНГ ПОКАЗНИКА ТА
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ**

**Ю. І. Фещенко, І. О. Новожилова,
В. М. Мельник, С. В. Лірник**

Резюме

Моніторинг показника смертності від активного туберкульозу вдома за даними офіційної статистики (1987–2008 рр.) встановив значне зростання середньоукраїнського показника починаючи з 1991 р., пік якого припадає на 2000–2008 рр., та суттєві розбіжності територіальних показників. Вивчення даних стосовно 309 хворих, які померли від активного туберкульозу вдома, виявило несприятливу соціальну структуру (значна частка непрацюючих осіб працездатного віку), значний відсоток померлих в ранні строки від виявлення захворювання, перевагу розповсюджених, занедбаних та прогресуючих форм туберкульозу з наявністю численних ускладнень, супутніх захворювань (в тому числі й у вперше виявлених хворих), недоохоплення автопсією (на третину), наявність одночасно декількох чинників (переважно соціальних), які сприяли смерті, найчастішою безпосередньою причиною якої було прогресування специфічного процесу внаслідок відмови хворих від лікування. Доведено, що більшу частину даного контингенту складають соціально дезадаптовані особи, які не звертаються за медичною допомогою навіть при наявності у них виражених симптомів туберкульозу. Єдиною тактикою щодо виявлення туберкульозу у таких осіб із подальшим залученням їх до лікування в стаціонарі слід вважати застосування методу активного виявлення, впровадження системи соціальної підтримки хворих на туберкульоз та матеріальне заохочення працівників медичних й соціальних установ щодо обслуговування соціально дезадаптованих осіб, що захворіли (або з підозрою захворювання) на туберкульоз.

Покращання роботи з соціальними групами ризику можна розглядати як резерв для зменшення показника смертності від туберкульозу вдома та як можливість зменшення резервуару туберкульозної інфекції, в тому числі за рахунок попередження нових випадків захворювання на туберкульоз.

**THE DECEASED FROM ACTIVE
TUBERCULOSIS OUT OF HOSPITAL:
INDEX MONITORING AND DESCRIPTION
OF THE CONTINGENT**

**Yu. I. Feshchenko, I. A. Novozhilova,
V. M. Melnyk, S. V. Lirnyk**

Summary

Monitoring of active tuberculosis home mortality index by official statistics (1978–2008) we determined the considerable rise of a middle Ukrainian index starting from 1995 year, peak value was in 2000–2008 years with substantial differences throughout the regions. The study of 309 patients data, died from active tuberculosis at home, revealed the unfavourable social structure (the considerable percentage of able to work unemployed people), the considerable percentage of those who died early after diagnosis, the prevalence of extensive, neglected and progressive forms of tuberculosis with large number of complications, concomitant diseases (including the newly detected patients), low rate of autopsy (one third), simultaneous presence of several risk factors (mainly social), contributed to death, and frequent refusal from treatment. It was demonstrated that the greater part of these patients comprised socially neglected people, which do not refer to healthcare facilities even when active tuberculosis symptoms were present. The only possible strategy of revelation of cases and providing treatment in this contingent is an implementation of active revealing tactics of tuberculosis, introduction of the social support and remuneration tactics for healthcare workers, providing service to socially neglected people with tuberculosis. The improvement of care in groups with high risk of tuberculosis should be considered as an option to reduce the home mortality index, limiting the reservoir of tuberculosis infection and prevention of new tuberculosis cases.