

Г.Е.Гапоненко, Е.Л.Овчинникова, С.В.Ситникова

## Туберкулез у лиц с социально-маргинальным поведением: заболеваемость и эффективность лечения

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Клинический противотуберкулезный диспансер № 4": 644050, Омск, ул. Химиков, 8а

G.E.Gaponenko, E.L.Ovchinnikova, S.V.Sitnikova

## Tuberculosis in asocials: morbidity and efficiency of treatment

### Summary

Data on morbidity and efficiency of treatment of tuberculosis in asocial homeless patients and patients dwelling at a certain region have been compared. Age and gender distribution, clinical structure of the disease and results of treatment of homeless patients were analyzed. Given increasing contribution of asocials with tuberculosis to the epidemiological situation there is an apparent need to optimize preventive measures. The current authors have proposed a strategy to improve early diagnosis and treatment of tuberculosis in homeless asocial patients.

**Key words:** tuberculosis, homeless, efficiency of chemotherapy, preventive measures.

### Резюме

Приведены сравнительные данные структуры заболеваемости и эффективности лечения лиц без определенного места жительства (БОМЖ) и лиц, постоянно проживающих на территории обслуживания. Установлены особенности половозрастной, клинической структуры заболеваемости туберкулезом и особенности результатов лечения лиц БОМЖ. Учитывая возрастающее влияние лиц с социально-маргинальным поведением, больных туберкулезом, на эпидемиологическую обстановку, существует серьезная необходимость в оптимизации и коррекции действующих противотуберкулезных мероприятий. Предложены мероприятия по увеличению эффективности раннего выявления и лечения туберкулеза у лиц БОМЖ.

**Ключевые слова:** туберкулез, лица без определенного места жительства, эффективность химиотерапии, противотуберкулезные мероприятия.

Изучение заболеваемости и эффективности туберкулезных мероприятий у лиц с социально-маргинальным поведением в настоящее время, особенно в условиях экономического кризиса, приобретает существенную актуальность. Как указывают ряд авторов, в последнее время происходят ярко выраженные изменения в социально-профессиональном статусе впервые выявленных больных туберкулезом, среди которых увеличивается доля неработающих [1], а также растет число лиц без определенного места жительства (БОМЖ). Такие тенденции должны определить приоритеты в проведении противотуберкулезных мероприятий, направленные на преодоление трудностей раннего выявления туберкулеза у лиц с социально-маргинальным поведением и повышение эффективности лечения.

Был проведен анализ половозрастной и клинической структуры заболеваемости лиц, впервые заболевших активным туберкулезом в течение 2007–2008 гг., а также проведена оценка эффективности лечения больных, получивших специфическую химиотерапию в 2007–2008 гг. Сравнительный анализ проводился в отношении лиц с социально-маргинальным поведением (БОМЖ), впервые заболевших туберкулезом.

Для анализа были использованы следующие учетные формы: № 089/у "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза", № 3/у "Карта стационарного больного", № 01-ТБ/у "Медицинская карта лечения

больных туберкулезом"; отчетная форма № 8 "Сведения о заболеваниях активным туберкулезом"; отчетные формы по мониторингу туберкулеза № 2-ТБ, 7-ТБ, 8-ТБ, 10-ТБ. Для анализа использовалась электронная база данных больных, поступивших на стационарное лечение в БУЗОО КПТД № 4 в течение периода с 1 января 2006 г. по 31 декабря 2008 г. и взятых на диспансерный учет.

За 2 последних года в БУЗОО КПТД № 4 были взяты на учет 107 человек БОМЖ с активной формой туберкулеза (как впервые выявленные). В 2008 г., по сравнению с 2007 г., удельный вес лиц БОМЖ среди вновь заболевших увеличился на 3,0 % и составил 11,4 %.

Среди лиц с социально-маргинальным поведением (БОМЖ) преобладали мужчины (77,0 %). Среди населения, имеющего постоянное место проживания, доля мужчин составляет 57,8 % и остается стабильной на протяжении 2 лет. В 2008 г. произошло значительное увеличение доли женщин среди лиц БОМЖ, больных туберкулезом: так, если в 2007 г. соотношение мужчин и женщин было 6 : 1, то в 2008 г. — уже 3 : 1.

Больше половины больных БОМЖ (66,5 %) — это лица в возрасте 35–54 лет, но в последнее время растет число молодых людей (до 30 лет) и лиц пенсионного возраста (в 2008 г. их число увеличилось на 10 % по сравнению с 2007 г.), что соответствует общей тенденции заболеваемости.

Среди больных туберкулезом у постоянно проживающего населения возрастная структура несколько

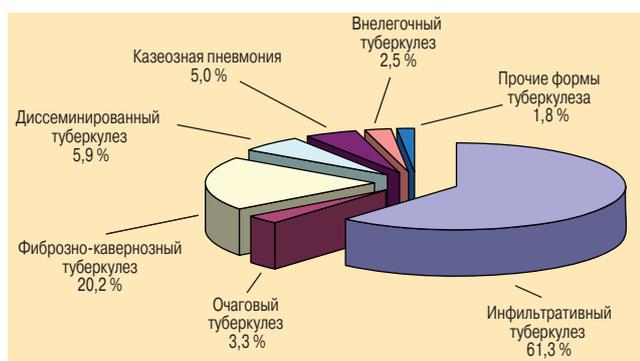


Рис. 1. Структура заболеваемости лиц БОМЖ, впервые заболевших активным туберкулезом и взятых на диспансерный учет в БУЗОО "КПТД № 4" в 2007–2008 гг.

отличается от лиц БОМЖ: большая часть больных (45 %) находятся в наиболее активном трудоспособном возрасте (25–44 года), треть составляют пациенты, относящиеся к группе молодежи (18–24 года) и лицам пенсионного возраста.

Структура клинических форм туберкулеза у лиц с социально-маргинальным поведением представлена на рис. 1.

Ввиду отсутствия мотивации к здоровому образу жизни и проведению профилактических мероприятий структура заболеваемости у лиц БОМЖ значительно хуже, чем у остальных заболевших. Среди лиц с социально-маргинальным поведением каждый пятый болеет фибринозно-кавернозным туберкулезом (20,2 %), в то время как среди остальных лиц доля таких больных составляет 2,1 %. Доля казеозной пневмонии и диссеминированного туберкулеза среди лиц БОМЖ составляет 10,9 %, среди остальных больных – 3,6 %. Половина лиц БОМЖ являются бактериовыделителями (51,2 %), у остальных больных данный показатель составляет 32,0 % (по Сибирскому федеральному округу этот показатель достигает 44,2 %).

Полученные данные о клинической структуре среди лиц БОМЖ, больных туберкулезом, соотносятся с опубликованными данными других научно-практических исследований. Так, по данным *М.Е. Кондратьевой* [2], удельный вес казеозной пневмонии у лиц БОМЖ составляет 14,6 %, доля фибринозно-кавернозного туберкулеза – 10,0 %, удельный вес бактериовыделителей – 70,7 %.

В 2008 г., по сравнению с прошлым годом, ухудшилась структура заболеваемости среди лиц БОМЖ. Так, в 2008 г. было зарегистрировано 3 случая тяжелых форм туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы (ЦНС), увеличилось количество случаев фибринозно-кавернозного туберкулеза и казеозной пневмонии. В 16 случаях тяжелые формы туберкулеза были выявлены посмертно (казеозная пневмония, туберкулез ЦНС, фибринозно-кавернозный туберкулез, диссеминированный туберкулез).

В то же время усиливается работа по активному выявлению туберкулеза у лиц БОМЖ. Если в 2007 г. было выявлено 10 случаев, то в 2008 г. – уже 21. У больных регистрируется инфильтративный и очаговый туберкулез легких (как более легкая клини-

ческая форма). В активном выявлении лиц БОМЖ, больных туберкулезом, велика роль учреждений соцзащиты.

Была проанализирована база данных лиц с социально-маргинальным поведением, поступивших на стационарное лечение в БУЗОО КПТД № 4 в период с 01.01.06 по 31.12.08 (274 человека, из них 113 поступили повторно после самовольного прекращения лечения или после неэффективного курса терапии – 41,6 %). Каждый пятый (18,2 %) оказывался на стационарном лечении в течение наблюдаемого периода  $\geq 3$  раза.

Среди лиц БОМЖ, часто прерывающих лечение ( $\geq 3$  раза), преобладают мужчины молодого возраста и с более легким течением туберкулеза, чем у остальных лиц БОМЖ. Эти пациенты особенно опасны в эпидемиологическом отношении, вследствие их более высокой мобильности и высокого потенциального риска развития множественной лекарственной устойчивости.

При повторных поступлениях на стационарное лечение у 70 человек (63,0 %) произошло утяжеление течения заболевания, у 23 (20,7 %) – возникло осложнение туберкулеза (легочное кровотечение, пневмоторакс и т. д.), у 17 появилось бактериовыделение (15,3 %).

Среднее число дней, проведенных в стационаре всеми лицами БОМЖ, составило 146 дней. Лица, прервавшие лечение и находившиеся на стационарном лечении по несколько раз, в среднем провели в стационаре за последние 3 года по 379 дней каждый.

Была проведена оценка эффективности химиотерапии туберкулеза у лиц, начавших свое лечение в 2006–2007 гг. (рис. 2, 3).

Из числа лиц с социально-маргинальным поведением (177 человек) полный курс лечения получили 54 человека (36,7 %), 53 пациента (30 %) самовольно прервали курс лечения. Среди больных, постоянно проживающих на обслуживаемой территории, полный курс лечения получили 59,8 % человек, самовольно прервали лечение 22,8 % (рис. 3). Показатель отрыва от лечения у всех больных значительно превышает целевой показатель (рекомендуемый ФГУ "Новосибирский НИИ туберкулеза") – 5,0 % и показатель по Сибирскому федеральному округу – 11,6 %.

Из числа лиц БОМЖ 32 (18,1 %) умерли в процессе лечения, в т. ч. 26 человек – от туберкулеза. Пока-

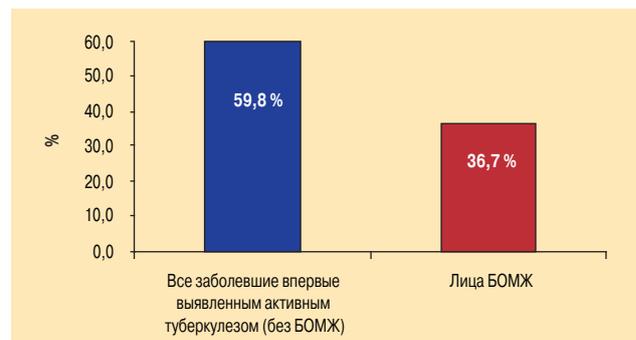


Рис. 2. Удельный вес лиц, получивших полный курс химиотерапии (от числа зарегистрированных) за период 2006–2007 гг.

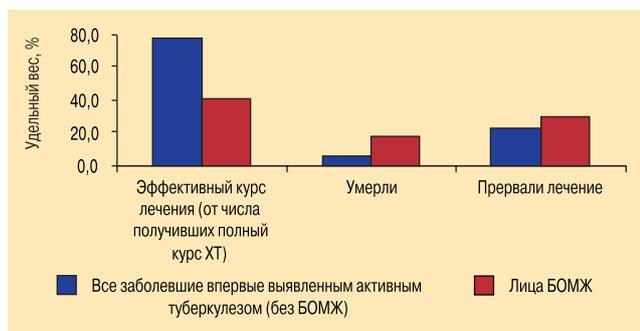


Рис. 3. Результаты курсов химиотерапии у лиц, впервые заболевших туберкулезом и получивших лечение в 2006–2007 гг. (% от числа зарегистрированных)

затель летальности среди лиц БОМЖ превысил таковой среди лиц, имеющих постоянное место жительства (5,7 %) (по данным Сибирского федерального округа, показатель летальности составил 4,9 %). Разница в уровнях показателей объясняется более тяжелым течением туберкулеза практически у всех лиц БОМЖ, протекающего с различными осложнениями и при наличии серьезных сопутствующих заболеваний.

Показатели эффективности лечения у лиц БОМЖ, проживающих на других территориях Российской Федерации, по данным литературных источников [2, 3], несколько хуже, чем полученные нами. Так, по данным *М.Е.Кондратьевой* [2], полный курс лечения получили 31,7 % больных туберкулезом лиц БОМЖ, 24,4 % умерли в процессе лечения и > 1/2 (58,5 %) самовольно прервали курс лечения.

Из 54 человек с социально-маргинальным поведением, получивших полный курс химиотерапии, почти в 1/2 случаев (у 22 человек) курс лечения был эффективным, по данным микроскопии мокроты и / или клинико-рентгенологическим данным. Это несколько ниже, чем в других социальных группах, где эффективность лечения составила 76,7 %. Но по итогам проведения интенсивной фазы лечения результаты микроскопии мокроты у лиц БОМЖ практически не отличались от остальных (не БОМЖ): по итогам 2 мес. лечения результат микроскопии мокроты отрицательный – у 47,6 % человек БОМЖ и у 44,0 % остальных пациентов, по итогам 3 мес. – у 62,2 % и 62,9 % пациентов соответственно.

Полученные результаты интенсивной фазы лечения, по данным микроскопии мокроты, соответствуют средним показателям по Сибирскому федеральному округу: через 2 мес. лечения отрицательный результат – у 43,2 % больных, через 3 мес. – у 59,3 %.

Из 22 лиц БОМЖ с туберкулезом в фазе распада, получивших полный курс терапии, у 8 по окончании лечения подтверждено закрытие полостей, что практически соответствует показателю закрытия кавернозных полостей у остального контингента впервые выявленных больных (47,5 %).

При обследовании мокроты на лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза было установлено, что у всех лиц, больных туберкулезом и получающих лечение, в 1/2 случаев выявлена лекарственная устойчивость (50,3 % от всех обследован-

ных пациентов за период с 2006 по 2008 гг.), при этом в 70,1 % случаев зарегистрирована множественная лекарственная устойчивость. У лиц с социально-маргинальным поведением показатели лекарственной устойчивости практически не отличались от остальных лиц и не имели особенностей: удельный вес лиц БОМЖ с лекарственной устойчивостью к микобактериям туберкулеза составил 50,0 %, в т. ч. с множественной лекарственной устойчивостью – 60,0 %.

В связи с высокой частотой самовольного прерывания больными туберкулезом химиотерапии нами был сделан обзор существующих практик и предложений по снижению уровня данного показателя. Большинство авторов склоняются к необходимости организации принудительного лечения лиц с социально-маргинальным поведением, хронически нарушающих режим лечения. Но механизм привлечения этих больных к принудительному лечению законодательством не отработан, что является основным препятствием [3, 4].

В ряде публикаций предлагается внедрять опыт зарубежных стран по материальному поощрению этой категории больных (выдача продуктовых наборов по окончании лечения, оплата проезда в случае дисциплинированного выполнения назначений врача), в то же время, некоторые авторы отмечают, что данный опыт не приводит к значимым результатам [4, 5].

В отдельных публикациях отмечается важность организации дневных стационаров туберкулезной помощи с контролируемым лечением и хосписов для пожизненного симптоматического лечения хронически больных с некурабельными формами туберкулеза [3].

Некоторые авторы считают, что для повышения дисциплины лечения, улучшения взаимодействия с медицинским персоналом необходимы коррекция эмоционального состояния, сглаживание депрессивных реакций, психологическое сопровождение медикаментозной терапии, привлечение к оказанию психологической помощи представителей общественных организаций, церкви [4, 6–9].

## Заключение

1. Удельный вес лиц с социально-маргинальным поведением в числе впервые выявленных лиц с заболеванием туберкулеза увеличивается.
2. Среди лиц БОМЖ, больных туберкулезом, растет доля женщин и лиц молодого возраста (< 30 лет).
3. В числе пациентов, систематически прерывающих лечение ( $\geq 3$  раза) преобладают лица молодого возраста и с менее тяжелыми формами туберкулеза.
4. Учитывая более тяжелую клиническую структуру заболеваемости туберкулезом у лиц БОМЖ, эффективность химиотерапии в данной группе ниже, чем в других социальных группах. В то же время при проведении контролируемого стационарного лечения показатели прекращения бактериовыделения в результате интенсивной фазы

лечения у лиц БОМЖ практически не отличаются от других пациентов.

5. Отмечается высокий уровень самовольного прерывания лечения у лиц БОМЖ (30,0 %), при целевом (рекомендуемом) показателе 5,0 %.
6. Требуется разработка действенной программы мероприятий по повышению эффективности раннего выявления и лечения лиц с социально-маргинальным поведением, больных туберкулезом.

С целью оптимизации противотуберкулезных мероприятий в отношении лиц с социально-маргинальным поведением предлагается ряд следующих мероприятий:

- организация четкого учета неработающего населения и лиц БОМЖ (в сотрудничестве с органами УВД);
- организация сплошного скрининга неработающего населения и лиц БОМЖ на туберкулез с помощью цифровых флюорографических установок (мобильных и стационарных) с последующей немедленной отправкой лиц БОМЖ с подозрением на туберкулез на стационарное обследование и при необходимости на лечение; проведение подобных акций не реже 2 раз в год;
- формирование единой региональной персонализированной картотеки (с уникальным кодом на каждого больного) на лиц БОМЖ, больных туберкулезом, с подробным учетом всех профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в отношении каждого больного; возможность *on-line* доступа всех противотуберкулезных учреждений Омской области к единой картотеке (рассматривается как часть общей автоматизированной информационной базы больных туберкулезом);
- считать наиболее мощным резервом повышения мотивации к лечению, а значит, и его эффективности, психологическую коррекцию больных, привлечение к психологической помощи представителей церкви, социальных работников;
- внести в законодательные органы предложение о разработке и внедрении мероприятий по социальной коррекции лиц БОМЖ с учетом существенной доли среди них женщин (трудотерапия, учеба, привлечение на работу в общественных и религиозных организациях);

- внести в законодательные органы власти предложение рассмотреть вопрос о принудительном лечении лиц, больных туберкулезом, наиболее злостно нарушающих режим лечения и представляющих существенную угрозу в распространении туберкулеза.

## Литература

1. Белликовский Е.М., Борисов С.Е., Морозова Т.И. и др. Опыт мониторинга использования противотуберкулезных препаратов. Пробл. туб. 2003; 5: 9–14.
2. Кондратьева М.Е., Стаханов В.А. Целесообразность социальной поддержки лиц БОМЖ, больных туберкулезом. В кн.: Туберкулез в России: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М.; 2007. 55–56.
3. Ханин А.Л., Долгих С.А., Жидецкая В.Д. Медико-социальный портрет "бесперспективных" больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя. В кн.: Туберкулез в России: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М.; 2007. 189–190.
4. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению. Пробл. туб. 2009; 2: 3–11.
5. Якубовяк В., Богородская Е.М., Борисов С.Е. и др. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению. Пробл. туб. 2009; 3: 18–24.
6. Перельман М.И. Больной туберкулезом и врач-фтизиатр. Пробл. туб. 2006; 5: 3.
7. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких. Пробл. туб. 2006; 12: 13–16.
8. Богородская Е.М., Шилова М.В. Эффективность лечения больных туберкулезом и пути ее повышения. В кн.: Материалы всероссийского совещания главных врачей и руководителей оргметодотделов противотуберкулезных учреждений России. М.; 2007. 7–35.
9. Вежнина Т.В., Бабичук Л.Д. Влияние психологического статуса больного туберкулезом на эффективность лечения на стационарном этапе. В кн.: Туберкулез в России. Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. М.; 2007. 418–419.

## Информация об авторах

Гапоненко Геннадий Евсеевич – к. м. н., главный врач БУЗОО КПТД № 4; тел.: (3812) 65-27-58; e-mail: ptd-4@mail.ru  
Овчинникова Елена Львовна – к. м. н., врач-методист организационно-методического кабинета БУЗОО КПТД № 4; тел.: (3812) 65-27-58; e-mail: ptd-4@mail.ru  
Ситникова Светлана Владимировна – зав. организационно-методическим кабинетом БУЗОО КПТД № 4; тел.: (3812) 65-27-58; e-mail: ptd-4@mail.ru

Поступила 12.05.09  
© Коллектив авторов, 2009  
УДК 616.24-002.5:313.1