

МАЛЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА ПОСЛЕДНИХ 12 ЛЕТ

Мишустин С.П.¹, Мишустина Е.Л.², Агеева Т.С.²

¹ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр», Томск, Россия (634009, г. Томск, ул. Р. Люксембург, 17), e-mail: sergeymish@inbox.ru;

²ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, Томск, Россия (634050, г. Томск, Московский тракт, 2), e-mail: ts.ageeva@mail.ru

Цель – изучить изменение структуры малых форм туберкулеза легких в Томской области за 12-летний период и дать характеристику их гендерно-возрастного, социального состава и распространенности сопутствующей патологии. Для этого среди всех случаев впервые выявленного туберкулеза легких были изучены малые формы туберкулеза легких, выполнен анализ их нозологической, гендерной, возрастной, социальной структуры и наличия сопутствующей патологии. **Результаты:** распространенность малых форм туберкулеза легких среди новых случаев туберкулеза легких увеличилась в 1,6 раза – с 23,4% в 2000 г. до 37,9% в 2011 г. В структуре малых форм в 2,5 раза возросла доля инфильтративного туберкулеза легких – с 18,4% в 2000 г. – до 46,1% в 2010 г. При этом малые формы туберкулеза легких стали чаще выявляться у работающих лиц трудоспособного возраста (40,9%), частота сопутствующей патологии стала ниже, чем среди пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких. Таким образом, обнаруженные изменения структуры и характеристики малых форм туберкулеза легких свидетельствуют в пользу необходимости повышения диагностической настороженности в отношении туберкулеза у пациентов внебольничной пневмонией.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, малые формы туберкулеза легких, структура малых форм туберкулеза легких.

MINOR FORMS OF TUBERCULOSIS IN TOMSK OBLAST: DYNAMICS OVER PAST 12 YEARS

Mishustin S.P.¹, Mishustina E.L.², Ageeva T.S.²

¹Tomsk TB & pulmonary medical Center, Tomsk, Russia (17 Roza Luxemburg Street, Tomsk, 634050, Russia), e-mail: sergeymish@inbox.ru;

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia (Siberian State Medical University, 2, Moskovskiy trakt, Tomsk, 634050, Russia), e-mail: ts.ageeva@mail.ru

The goal is to study changes in the structure of minor forms of tuberculosis in Tomsk Oblast over the past 12 years and to provide characteristics for their gender-age and social composition and incidence of comorbidities. To achieve this goal, we have studied minor forms of lung tuberculosis among all naïve patients, examined their nosology, gender, age and social structure and presence of comorbidities. Results: the incidence of the minor forms of tuberculosis became 1.6 times wider to grow from 23.4% in 2000 to 37.9% in 2011. As for the structure of the minor forms, the share of infiltrative lung tuberculosis became 2.5 times bigger to increase from 18.4% in 2000 to 46.1% in 2010. Therefore, the detected changes in the structure and characteristics of the minor forms of lung tuberculosis testify to the need for improving diagnostics awareness of tuberculosis in community-acquired pneumonia patients.

Keywords: infiltrative pulmonary tuberculosis minor forms of tuberculosis, structure of minor forms of lung tuberculosis.

Введение

Российская Федерация относится к странам с высоким бременем туберкулеза, несмотря на стабилизацию основных эпидемиологических показателей в начале XXI века. Поэтому туберкулез, как инфекционное и социально значимое заболевание, продолжает оставаться в России одной из серьезных проблем здравоохранения [5; 6]. При ежегодном снижении количества заболевших среди вновь диагностированных случаев туберкулеза

легких отмечается прогрессивное снижение форм туберкулеза с наличием массивного бацилловыделения, т.е. имеется нарастание случаев малых форм туберкулеза – очагового и инфильтративного туберкулеза легких без бацилловыделения. Инфильтративный туберкулез легких неизменно занимает первое место, на долю его приходится более 60% [2; 4; 7], и в общеврачебной сети он представляет наибольшие диагностические трудности, поскольку отличается многообразием проявлений. Дифференциальная диагностика внебольничной специфической пневмонии (инфильтративного туберкулеза) и пневмонии неспецифической этиологии по-прежнему остается сложной проблемой: более половины больных туберкулезом легких в настоящее время выявляются в лечебных учреждениях общей медицинской сети при обращении с симптомами воспалительного инфекционного заболевания легких.

Таким образом, на современном этапе интернисты, пульмонологи, врачи амбулаторного звена и стационаров (особенно пульмонологических) сталкиваются с определенными трудностями в диагностике и дифференциальной диагностике инфильтративных изменений в легких [1; 3].

Цель исследования: изучить динамику изменения нозологической структуры малых форм туберкулеза легких в Томской области за последние 12 лет и дать характеристику их гендерно-возрастного, социального состава и распространенности сопутствующей патологии.

Материалы и методы исследования

Материалом для исследования послужил ретроспективный анализ 12 годовых отчетов ОГБУЗ «Томский областной противотуберкулезный диспансер» за период 2000-2011 гг. Кроме того, была проведена выкопировка данных из отчетных документов противотуберкулезных учреждений области (учетные формы № 33 «Сведения о больных туберкулезом за ___ год» и № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом за ____ год») за тот же период. Всего было проанализировано зарегистрированных 9019 случаев впервые выявленного туберкулеза легких (ВВТЛ), среди которых было обнаружено 2729 случаев малых форм. Выполнялся анализ их нозологической, гендерной, возрастной, социальной структуры и характеристики сопутствующей патологии.

Статистический анализ результатов исследования выполнялся с использованием IBM-совместимого компьютера класса Pentium 4D. В исследовании использовались пакеты прикладных программ: Statistica for Windows 6.0 – для статистического анализа, MS Office 2003 – для организации и формирования матрицы данных. Для определения взаимосвязи между качественными переменными использовали точный критерий Фишера. Критический

уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании задавали величиной $<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Как свидетельствуют данные, за последние 12 лет среди зарегистрированных 9019 случаев впервые выявленного туберкулеза легких было обнаружено 2729 случаев малых форм, что составило 30,3% от всех случаев туберкулеза легких. При этом если с 2000 по 2005 г. ежегодный уровень малых форм туберкулеза легких колебался от 23,4 до 29,3%, то в последние 6 лет (с 2006 по 2011 год) отмечалась стойкая тенденция к их нарастанию в структуре всех новых случаев туберкулеза легких – от 31,6% в 2005 г. до 37,9% случаев в 2011 г. (в 1,6 раза).

Среди 2729 случаев малых форм туберкулеза легких преобладал очаговый туберкулез – 1817, инфильтративный туберкулез легких был зарегистрирован в 912 случаях (таблица 1). За 12-летний период на долю очагового туберкулеза приходилось 66,6%, а на долю инфильтративного туберкулеза легких – 33,4% всех малых форм ВВТЛ. В течение указанного периода регистрировалось изменение структуры малых форм туберкулеза легких: при прогрессирующем снижении доли очагового – с 81,6% в 2000 г. до 53,9% в 2011 г. наблюдалось увеличение в 2,5 раза доли инфильтративного туберкулеза легких – с 18,4% в 2000 г. до 46,1% в 2011 г.

В гендерной структуре обеих малых форм туберкулеза легких (2729 случаев) преобладали мужчины – 1696 случаев (62,2%). Среди 1817 случаев очаговых форм туберкулеза легких мужчины составляли 61,2% (1112 случаев), среди 912 случаев инфильтративного туберкулеза легких – 64,0% (584 случая).

Таблица 1

Динамика изменения структуры малых форм туберкулеза легких среди впервые выявленных случаев по годам (2000-2011 гг.)

Годы	Впервые выявленные случаи малых форм туберкулеза легких				
	Всего (n=2729)	Очаговый туберкулез легких (n=1817)		Инфильтративный туберкулез легких (n=912)	
		абс.	%	абс.	%
2000	190	155	81,6	35	18,4
2001	217	169	77,9	48	22,1
2002	225	162	72,0	63	28,0
2003	211	153	72,5	58	27,5
2004	185	118	63,8	67	36,2

2005	230	165	71,7	65	28,3
2006	246	165	67,1	81	32,9
2007	256	164	64,1	92	35,9
2008	250	167	66,8	83	33,2
2009	247	135	54,6	112	45,3
2010	231	134	58,0	97	42,0
2011	241	130	53,9	111	46,1

Значительные различия по социальному статусу отмечались в структуре пациентов ВВТЛ по сравнению со структурой пациентов с малыми формами туберкулеза легких за счет значительного преобладания среди последних работающих и социально сохранных лиц (таблица 2). Среди всех пациентов с малыми формами туберкулеза легких была выше доля лиц, занятых работой или учебой – 46,8% (работающие, студенты, учащиеся).

Таблица 2

Социальный статус пациентов среди впервые выявленного туберкулеза легких и малых форм туберкулеза легких (2000-2011 гг.)

Социальный статус пациентов	Впервые выявленный туберкулез легких				P 1-3
	Все случаи (n=9019)		Малые формы (n=2729)		
	1	2	3	4	
	абс.	%	абс.	%	
Работающие лица	2574	28,5	1077	39,5	0,0001
Студенты	238	2,6	83	3,0	0,271
Учащиеся	291	3,2	118	4,3	0,008
Пенсионеры	1002	11,1	200	7,3	0,0001
Инвалиды	358	4,0	93	3,4	0,197
Неработающие	4309	47,8	1140	41,8	0,0007
Лица БОМЖ	247	2,8	18	0,7	0,0001

В течение 12-летнего периода у 1740 из 2729 (63,8%) пациентов с малыми формами туберкулеза легких имелись вредные привычки/сопутствующая патология, среди которых курение регистрировалось у 28,5%, алкогольная зависимость – у 15,0%, хронические неспецифические заболевания легких (главным образом, ХОБЛ) – у 8,8% пациентов. Однако при малых формах туберкулеза курение, алкогольная зависимость и ХОБЛ/ХНЗЛ встречались реже, чем в целом среди пациентов ВВТЛ (таблица 3).

Таблица 3

Структура вредных привычек/сопутствующей патологии у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких (2000-2011 гг.)

Сопутствующая патология	Впервые выявленный туберкулез легких				p ₁₋₃
	Все случаи (n=9019)		Малые формы (n=2729)		
	1	2	3	4	
	абс.	%	абс.	%	
Курение	3482	38,6	778	28,5	0,00001
Алкогольная зависимость	2817	31,2	409	15,0	0,00001
ХОБЛ /ХНЗЛ	1015	11,3	240	8,8	0,0009
Гепатит	598	6,6	143	5,2	0,0136
Наркозависимость	257	2,9	57	2,1	0,0351
Сахарный диабет	268	3,0	31	1,1	0,00001
Психопатология	258	2,9	69	2,5	0,368
ВИЧ	73	0,9	13	0,5	0,0756

Причем среди малых форм туберкулеза легких у пациентов с инфильтративным туберкулезом легких вредные привычки были зарегистрированы чаще, а наличие и ХОБЛ/ХНЗЛ – реже, чем у пациентов с очаговым туберкулезом (таблица 4).

Таблица 4

Структура вредных привычек/сопутствующей патологии у пациентов с малыми формами впервые выявленного туберкулеза легких (2000-2011 гг.)

Сопутствующая патология	Малые формы туберкулеза легких				p ₁₋₃
	Очаговый туберкулез (n=1817)		Инфильтративный туберкулез (n=912)		
	1	2	3	4	
	абс.	%	абс.	%	
Курение	469	54,9%	309	53,8%	0,001
Алкогольная зависимость	227	26,6%	182	31,7%	0,001
ХОБЛ /ХНЗЛ	157	18,4%	83	14,5%	0,714

Таким образом, увеличение числа инфильтративного туберкулеза легких, все чаще возникающего у социально благополучных лиц трудоспособного возраста, диктует необходимость присутствия повышенной диагностической настороженности в отношении

туберкулеза при проведении дифференциальной диагностики у пациентов с внебольничными пневмониями, составляющими основной удельный вес в структуре ограниченного инфильтративного поражения легких.

Выводы

1. Распространенность малых форм туберкулеза легких среди новых случаев туберкулеза легких в Томской области за 12-летний период составляет 30,3%, при этом их количество увеличивается с 23,4% в 2000 г. – до 37,9% в 2011 г.
2. В структуре малых форм туберкулеза легких значительно – в 2,5 раза – возрастает доля инфильтративного туберкулеза легких – с 18,4% в 2000 г. – до 46,1% в 2011 г.
3. Малые формы туберкулеза легких чаще выявляются у работающих лиц трудоспособного возраста (40,9%).
4. При малых формах туберкулеза частота сопутствующей хронической респираторной патологии ниже, чем среди пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких – 8,8% против 11,3%.

Список литературы

1. Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Поваляева Л.В. и др. Дифференциальная диагностика внебольничной пневмонии и инфильтративного туберкулеза легких Диаскинтестом // Пульмонология. – 2010. – № 3. – С. 89-91.
2. Григорьева Е.А. Инфильтративный туберкулез легких в условиях крупного промышленного центра Сибири // Проблемы туберкулеза. – 2006. – № 6. – С. 17-20.
3. Дворецкий Л.И. Внебольничная пневмония. Алгоритмы диагностики поиска и антибактериальной терапии // Рус. мед. журн. – 2010. – № 10. – С. 752-765.
4. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г. Раннее выявление и диагностика туберкулеза органов дыхания : руководство для врачей. - М., 2000. – С. 49-57.
5. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
6. Шмелев Е.И., Куклина Г.М., Якимова М.А., Шмелева Н.М., Пунга В.В. Туберкулез легких и сопутствующие заболевания респираторной системы // Пульмонология. - 2010. – № 5. – С. 38-40.
7. Черкасова В.А., Степанов С.А., Мирошникова И.П. и др. Клинические аспекты патоморфоза инфильтративного туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. – 2002. – № 6. – С. 16-19.

Рецензенты:

Тюкалова Л.И, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Томск.

Букреева Е.Б., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г. Томск.