

ТЕРРИТОРИАЛЬНО-ВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В ПОСТЧЕРНОБЫЛЬСКИЙ ПЕРИОД

УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

В работе дана оценка эпидемической ситуации по заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области за 1980-2017 годы, выделено 5 временных промежутков, различающихся по совокупности социально-экономических тенденций развития общества, демографической ситуации, экологической и радиационной обстановке, организации профилактической работы и др. Выявлены различия в тенденциях развития эпидемического периода и уровнях заболеваемости. Выделены социальные и возрастные группы риска, факторы риска. Дана характеристика эпидемического процесса туберкулеза в целом по Республике Беларусь, территориальное распределение заболеваемости по областям, районам Гомельской области. Акцентировано внимание на проблеме распространения ВИЧ ассоциированного туберкулеза.

Ключевые слова: эпидемический процесс, заболеваемость, социальная значимость, туберкулез, Гомельская область

Туберкулез относится к числу так называемых социальных болезней, возникновение которых связано с условиями жизни населения. Актуальность туберкулеза определяется увеличением числа тяжелых клинических форм, инвалидизацией и ростом смертности, а также значительным экономическим ущербом [1, 2, 3, 4].

На период 2016-2035 гг. разработана Стратегия ВОЗ по ликвидации туберкулеза и цели в области устойчивого развития (ЦУР) Организации Объединенных Наций (ООН), общая цель которых состоит в ликвидации глобальной эпидемии туберкулеза (ТБ). Конкретные целевые показатели, предусмотренные в Стратегии по ликвидации ТБ, включают в себя: снижение к 2030 г. смертности от ТБ на 90% и снижение заболеваемости (количества новых случаев в год) на 80% по сравнению с 2015 годом. Общая картина, согласно последним данным, по-прежнему характеризуется тяжелым бременем заболевания, а нынешних темпов улучшений недостаточно для того, чтобы достичь намеченных целевых показателей или добиться заметных успехов в устранении сохраняющихся пробелов. ТБ занимает девятое ме-

сто среди ведущих причин смертности в мире и является ведущей причиной смерти от какого-либо одного возбудителя инфекции, опережая ВИЧ/СПИД. В 2016 г. от ТБ, согласно оценкам, умерли 1,3 миллиона ВИЧ-негативных лиц, кроме того, 374 000 случаев смерти было зарегистрировано среди ВИЧ-позитивных лиц. Число заболевших ТБ в 2016 г. оценивается на уровне 10,4 миллиона человек: из них 90% составляли взрослые, 65% – мужчины, 10% – люди, живущие с ВИЧ (в Африке 74%), и 56% – жители пяти стран: Индии, Индонезии, Китая, Филиппин и Пакистана. Сохраняется угроза лекарственно-устойчивого ТБ [1].

Среди факторов, влияющих на формирование уровней заболеваемости, можно выделить медицинские факторы, такие как появление устойчивых штаммов, качество диагностики, доступность оказания специализированной медицинской помощи населению, а также социальные факторы: активизация миграционных процессов, недостаточный уровень санитарной культуры населения [5, 6, 7, 8].

Цель исследования: оценка эпидемической ситуации по заболеваемости тубер-

кулезом в Гомельской области в постчернобыльский период для коррекции профилактических мероприятий и поддержания эпидемического благополучия в регионе.

Материал и методы исследования

Использованы данные официально-го учета заболеваемости туберкулезом, полученные из ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». Применены методы эпидемиологической диагностики, статистические методы, анкетирование больных туберкулезом (обработана 401 анкета).

Для оценки распределения заболеваемости по социально-возрастным группам населения и выявления факторов риска проводился анализ медицинской документации 917 больных, состоящих на учете в Гомельской областной клинической туберкулезной больнице. Для обработки данных использована программа MS Excel.

Результаты исследования

В течение 1980-2017 гг. показатели заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области изменялись в пределах от 30,4 в 1990 году до 74,0 в 1998 году на 100 тыс. населения. Среднеголетний показатель заболеваемости за анализируемый период составил 50,1 на 100 тыс. населения. Многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом характеризовалась общей тенденцией к росту со средним темпом прироста +3,5% (рисунок 1).

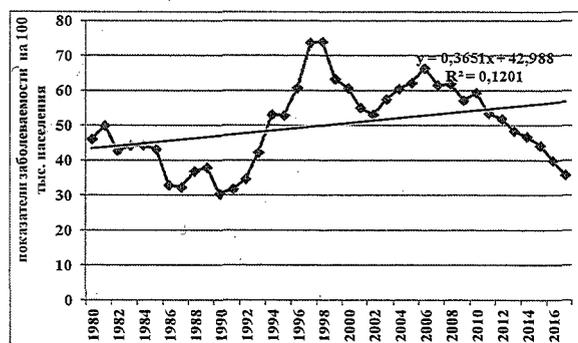


Рисунок 1 – Многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области за 1980-2017 годы

На фоне однонаправленной тенденции выявлены различные значения среднего темпа прироста в различные временные периоды. Нами выделено 5 временных промежутков с одинаковым количеством лет, но различающихся по совокупности социально-экономических тенденций развития общества, демографической ситуации, экологической и радиационной обстановке, организации профилактической работы и др. Выявлены различия и в тенденциях развития эпидемического периода и уровнях заболеваемости в выделенные временные периоды (таблица 1).

В первом периоде (1980-1986 гг.) средний темп прироста составлял -1,8%, активность причин, формирующих заболеваемость туберкулезом на территории Гомельской области, была невысокой и способствовала снижению уровней заболеваемости. Во втором периоде тенденция к снижению заболеваемости менее выражена. В третьем периоде заболеваемость туберкулезом характеризовалась самыми высокими показателями заболеваемости и выраженной тенденцией к росту со среднегодовым темпом прироста +7,8%. 2001-2008 годы характеризовались стабильной заболеваемостью со средним показателем 59,8 на 100 тыс. населения. В 5 временном периоде отмечается умеренная тенденция к снижению заболеваемости. Выделены эпидемически благополучные и неблагополучные годы в зависимости от уровня заболеваемости в каждом году по отношению к среднеголетнему уровню. 1994-2012 годы были эпидемически неблагополуч-

Таблица 1 – Тенденции развития эпидемического процесса туберкулеза в разные периоды

Периоды	Темпы прироста, %	Средняя заболеваемость на 100 тыс. населения
1980-1986	-1,8	43,4
1987-1993	-1,3	36,2
1994-2000	+7,8	62,6
2001-2008	+0,9	59,8
2009-2017	-4,8	47,5

ными, показатели заболеваемости превышали среднемноголетний уровень в 1,1-1,5 раза. Эпидемически благополучные периоды 1980-1986 годы и 2013-2017 годы.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Гомельской области после достигнутого в 80-е годы благополучия с 1994 года заметно ухудшилась, на что, можно предположить, повлияли социально-экономические процессы в обществе. Если в 1980-1986 годах средний показатель заболеваемости туберкулезом составлял 43,4 на 100 тыс. населения, то в 1994-2000 годах он возрос в 1,8 раза и составил 62,6 на 100 тыс. населения. Изменение тенденции в течении эпидемии туберкулеза и переход в период эпидемического подъема можно объяснить не только социальными факторами, но и причинами медицинского характера (увеличение охвата населения периодическими осмотрами, диспансеризация населения, улучшение качества диагностики и др.).

За 1996-2017 годы показатели заболеваемости туберкулезом населения Гомельской области превышали среднереспубликанские показатели, периоды подъема и спада заболеваемости по республике и области идут синхронно. Пик заболеваемости отмечен в 1998 году (54,3 на 100 тыс. населения и 74 в Гомельской области). С 2005 года показатели заболеваемости снижаются, но, несмотря на это, эпидемическая ситуация по туберкулезу остается сложной (рисунок 2).

Наиболее неблагоприятная ситуация по заболеваемости активным туберкулезом отмечается в Гомельской и Могилевской областях, показатели заболеваемости превышали среднереспубликанские в 1,4-1,5 раза (рисунок 3).

При квартильном распределении заболеваемости по территориям нами выделены 4 группы районов: с низкой (19,0-24,4), средней (24,5-36,2), высокой (36,3-55,3) и очень высокой (55,4-77,6 на 100 тыс. населения) заболеваемостью. Общая заболеваемость туберкулезом населения Гомельской области характеризует-

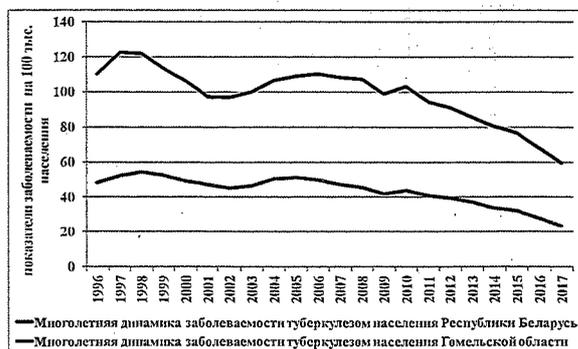


Рисунок 2 – Многолетняя динамика заболеваемости туберкулезом в Гомельской области и Республике Беларусь

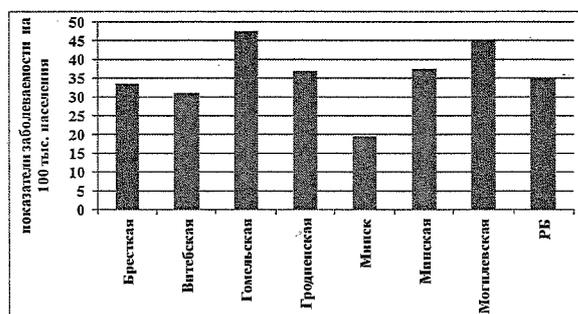


Рисунок 3 – Среднемноголетние показатели заболеваемости туберкулезом за 2010-2017 годы по областям Республики Беларусь (на 100 тыс. населения)

ся неравномерностью территориального распределения. К эпидемически неблагополучным районам можно отнести Буда-Кошелёвский, Добрушский, Житковичский, Хойникский, Наровлянский, Чечерский районы (рисунок 4).

В общей структуре заболеваемости активным туберкулезом городское население составляет 68%, сельское – 32%. Риск развития данной формы туберкулеза практически одинаково высок как у городских, так и у сельских жителей. У городских жителей он выше, что обусловлено влиянием факторов «городской среды». К таким факторам можно отнести: уровень социальных отношений, неблагоприятное действие окружающей среды, большая скученность населения, большее количество групп социального и медицинского риска, уровень оказания медицинских услуг (лечебных и

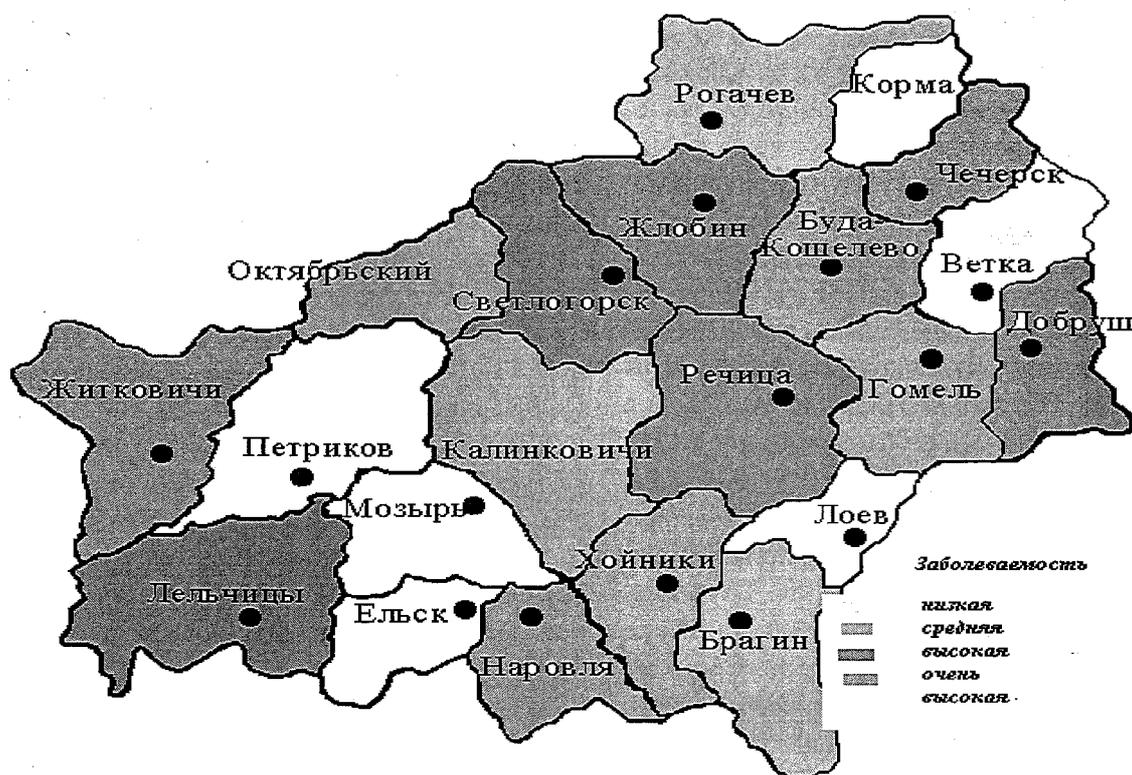


Рисунок 4 – Территориальное распределение заболеваемости туберкулезом по районам Гомельской области (по среднегодовым показателям заболеваемости на 100 тыс. населения)

диагностических), осведомленность населения по данному заболеванию.

Рост заболеваемости туберкулезом взрослого населения привел к накоплению определенного резервуара инфекции, что способствует распространению туберкулеза среди детей и подростков. У детей до 1 года случаев заболеваний туберкулезом не зарегистрировано, за последние 2 года заболевших в возрастной группе 2 года – 3 ребенка, 3-6 лет – 1 случай, 7-14 лет – 8 случаев. Среднегодовой показатель заболеваемости у детей в возрасте 0-17 лет составил 4,1 на 100 тыс.

Среднегодовой показатель заболеваемости бациллярного туберкулеза за анализируемый период составил 25,1 на 100 тыс. населения. Среди заболевших туберкулезом с бактериовыделением преобладают мужчины (74%). Это обусловлено большим распространением среди мужчин вредных привычек, следовательно, высоким риском развития социальной дезадаптации, снижением иммунитета на

фоне принятия наркотических веществ (алкоголь, никотин), отказом от своевременного лечения абациллярных форм туберкулеза. Чаще всего в эпидемический процесс вовлекаются мужчины зрелого возраста. В этот период жизни значительно чаще проявляются последствия алкоголизма и социально-экономической неустойчивости.

Среди заболевших туберкулезом преобладали пациенты с легочными формами туберкулеза (91-92%). Соотношение показателей заболеваемости туберкулезом органов дыхания и внелегочного туберкулеза 12:1. В структуре внелегочного туберкулеза (ВФТ) значительный удельный вес составляет костно-суставной туберкулез, реже выявляется туберкулез лимфатических узлов и туберкулез глаз. Заболеваемость внелегочным туберкулезом у женщин выше, чем у мужчин, соотношение заболевших женщин и мужчин составляет 1,5:1.

Тяжесть заболевания зависит от со-

стояния иммунитета организма, своевременности обращения за медицинской помощью и организации раннего выявления туберкулеза среди населения. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания характеризовалась преобладанием инфильтративного туберкулеза легких, высоким удельным весом диссеминированного туберкулеза, уменьшением удельного веса очагового и фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Настораживает распространенность заболеваний туберкулезом среди медицинских работников. В 42,8% случаях туберкулез выявлен при проведении профилактических медицинских осмотров. Группами наибольшего риска являются медицинские работники противотуберкулезных учреждений, оказывающих непосредственную помощь больным туберкулезом:

- медсестры, непосредственно оказывающие медицинские услуги больным туберкулезом (37,9);

- во всех возрастных категориях преобладали женщины;

- заражению чаще подвергались лица со стажем работы до 5 лет (39,5%);

- возрастные группы 26-45 лет (55,6%).

Среднепогодный показатель смертности составил 4,8 на 100 тыс. населения, в 2007 году зарегистрирован максимальный за анализируемый период показатель смертности – 13,3 на 100 тыс. населения (умерло 196 человек).

Основными причинами смерти являются распространенные хронические формы туберкулезного процесса: фиброзно-кавернозный туберкулез легких (47,4%), острый милиарный туберкулез (31,6%), казеозная пневмония (9,4%), инфильтративный туберкулез легких (7,8%), диссеминированный туберкулез легких с распадом (3%), внелегочные формы туберкулеза (0,8%).

ВИЧ-ассоциированный туберкулез остаётся одним из проблемных вопросов для Гомельской области. Количество случаев туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (первичного и рецидивного) продолжа-

ет оставаться высоким. В 2017 году выявлено 93 случая (2016 г. – 81), рост на 15%. По социальному статусу среди выявленных в 2017 году 50 человек (54%) составили лица без определенного рода деятельности (2016 г. – 45 человек, 56%), 24 (26%) – рабочие (17; 21%), 14 (15%) – лица из мест лишения свободы (13; 16%), 2 (2%) – прочие (3; 4%), 1 (1%) – служащие (1; 1%), по 1 случаю – у учащегося ССУЗа и военнослужащего.

За 2017 год удельный вес женщин с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом составил 28% (26 человек), мужчин – 72% (67).

Среди выявленных в 2017 году случаев инфекции ВИЧ+туберкулез абсолютное большинство приходилось на возраст 30-49 лет (20-24 года – 1%, 25-29 лет – 5%, 30-34 года – 16%, 35-39 лет – 20%, 40-44 года – 29%, 45-49 лет – 17%, 50-54 года – 5%, 55-59 лет – 2%, 60 лет и старше – 3%).

На формирование уровня заболеваемости туберкулезом существенное влияние оказывают социальные факторы. На основании результатов анкетирования больных и изучения медицинской документации нами составлен социальный портрет больного туберкулезом:

- трудоспособный возраст больных туберкулезом (31-40 лет);

- среднее образование;

- наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя);

- лица, не занимающиеся физическим трудом;

- имели заболевания органов дыхания до основного заболевания;

- социально-дезадаптированные условия жизни;

- контакт с больным туберкулезом, в том числе вне семьи в рабочем – коллективе;

- характерная для туберкулеза рентгенологическая картина (распространенные инфильтративные процессы);

- устойчивость к противотуберкулезным препаратам.

Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) достаточно большая: 56,8% ре-

спондентов имели заболевания органов дыхания до основного заболевания, причем чаще всего встречаются заболевания, в патогенезе которых ведущую роль играет воспалительный компонент (пневмонии, бронхиты).

Заключение

Результаты анкетирования показали, что 77% больных, как мужчин, так и женщин, не соблюдают предписания врача полностью. Необходимо постоянное проведение информационно-образовательной работы, с одной стороны, с пациентами с диагнозом «туберкулез» по вопросам необходимости неукоснительного соблюдения лечебно-охранительного режима, с другой стороны – с населением, применяя дифференцированный подход к работе с учетом групп населения, возраста, образования и т.д. и используя активные методы просвещения, включая средства массовой информации. Мужчин можно признать группой риска заболевания туберкулезом, и, следовательно, необходимо разработать комплекс мероприятий по профилактике заболевания среди этой категории населения с учетом их социальных особенностей.

Необходимо акцентировать внимание на социальной направленности профилактических мероприятий и проводить их не только специалистами медицинской службы, но и другими заинтересованными ведомствами и службами (учреждениями образования, социальной защиты населения, ОВД и др.)

Библиографический список

1. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом 2017 год http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_ru.pdf [Электронный

ресурс]. – Режим доступа: <https://elibrary.ru/>. – Дата доступа: 15.03.2018.

2. Кореенко, С.Н. Профилактика и активное выявление туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи / С.Н. Кореенко // Врач. – 2007. – С. 12-13.

3. Мамчиц, Л.П. Новые методические подходы к раннему выявлению факторов риска заболеваемости населения туберкулезом / Материалы международной научной конференции 18-19 декабря 2009 г. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 204-205.

4. Мамчиц, Л.П. Социальная значимость туберкулеза в современных условиях / Л.П. Мамчиц // Проблемы здоровья и экологии. – 2010. – №2(24). – С. 112-117.

5. Мамчиц, Л.П. Профессиональная заболеваемость туберкулезом медицинских работников // Л.П. Мамчиц, Е.И. Гавриченко / Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции Гомельского государственного медицинского университета и 19 итоговой научной сессии / Гомель, 2010. – 23-24 февраля. – Т.3. – С.65-67.

6. Мамчиц, Л.П. Факторы риска в заболеваемости туберкулезом / Л.П. Мамчиц, Ю.Н. Прокопович, Е.И. Кременевская / Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции Гомельского государственного медицинского университета / Гомель, 2009. – 26-27 февраля. – Т.3. – С.62-65.

7. Характеристика эпидемической ситуации по туберкулезу в Гомельской области / Л.П. Мамчиц [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии / Сборник научных трудов. – Выпуск 2. – Минск, «FUAinform», 2009. – с. 120-124.

8. Туберкулез у подростков в Москве: эпидемическая ситуация и проблемы / Е.С. Овсянкина [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2007. – №. – С.29-31.

L.P. Mamchits

**TERRITORIAL-TIME CHARACTERISTICS OF THE
INCIDENCE OF TUBERCULOSIS GOMEL REGION
POPULATION IN THE POST-CHERNOBYL PERIOD**

Description of epidemic situation on incidence of tuberculosis in Gomel Region in 1980-2017 is given in the paper. 5 allocated time periods differing in aggregate socio-economic trends in the development of society, demographic, environmental and radiation conditions, the organization of prevention. The differences in the trends in the epidemic period and morbidity levels. Highlighted the social and age risk, risk factors. The characteristics of the epidemic process of tuberculosis in the whole of the Republic of Belarus, the spatial distribution of the incidence by region, district, Gomel region. The attention to the problem of HIV-associated tuberculosis. Important areas of prevention of tuberculosis are informational and educational work with people, health prevention and social activities.

Key words: epidemic process, morbidity, social significance, tuberculosis, Gomel region

Поступила 19.03.2018