

Как видно в табл. 9, доля детей, прекративших грудное вскармливание до 3-х мес, за последние 4 года снизилась на 10% и, соответственно, увеличилась в старшем возрасте – с 6 мес до 1 года.

В табл. 10 высчитана доля детей, получавших грудное вскармливание.

Из этой таблицы видно, что доля детей, находящихся на грудном вскармливании, возросла у детей до 3-х мес и до 6 мес, но имеются еще существенные резервы в увеличении продолжительности естественного вскармливания, особенно до 6 мес жизни.

Таким образом, в Свердловской области имеет место снижение младенческой смертности с одновременным ростом заболеваемости детей первого года жизни.

Младенческая смертность в большей степени снизилась за счет неонатальной, а в структуре неонатальной – за счет отдельных состояний перинатального периода.

Заболеваемость детей выросла в основном за счет, так называемой соматической. Имеет место достоверная обратная корреляция между младенческой смертностью и соматическими заболеваниями, что можно объяснить улучшением качества и доступности медицинской помощи, реализацией ряда медико-организационных факторов, таких как, например, программа «Мать и дитя», внедрением современных перинатальных и неонатальных технологий. В тоже время на состояние здоровья детей существенно влияют заболевания матерей, особенно такие, как анемия, заболевания шитовидной железой, поздний токсикоз беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье детей России. / Под ред. А.А. Баранова. – М., 1999.
2. Корсунский А.А. Младенческая смертность в Российской Федерации, пути снижения // Педиатрия. – 2001. – № 2. – С. 4-8.
3. Баранов А.А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты // Педиатрия. – 1999. – № 3. – С. 4-16.

Д.Н. Голубев, Г.Х. Газизуллина

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ НА ОСНОВЕ СТРАТИФИКАЦИИ ГРУПП РИСКА

Уральская государственная медицинская академия, Удмуртский республиканский противотуберкулезный диспансер, г. Ижевск

Актуальность темы. В настоящее время туберкулез является одной из самых актуальных и в то же время самых недооцениваемых проблем здравоохранения в мире. Эпидемическая обстановка по туберкулезу в России и в мире неблагоприятная, о чем свидетельствуют данные отечественных и зарубежных авторов [3].

В Удмуртской республике, как и в целом по России, сохраняется сложная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. За последние 15 лет наиболее благоприятным в эпидемическом отношении был 1991 г. В течение 11 лет заболеваемость туберкулезом легких возросла в 2,3 раза – с 36,9 на 100 тыс. населения до 84,9 в 2003г. Заболеваемость бациллярными формами за этот же период увеличилась с 14,6 до 30,7 на 100 тыс., т.е. в 2,1 раза. Показатель смертности начал нарастать с 1991 г. и в 2003 г. он был самым высоким за последние 30 лет – 19,6 на 100 тыс. населения.

Возникшая ситуация заставляет думать о том, как организовать выявление туберкулеза среди всех слоев населения любой территории. Следует изменить отношение к планируемой массовой проверочной флюорографии населения как единственной технологии в организации выявления туберкулеза легких [1, 2]. И в то же время нельзя резко отказываться от накопленного опыта профосмотров. Необходимость совершенствования организации флюорографических осмотров обусловлена еще и тем, что большая часть больных выявляется общей лечебной сетью. Болезнь характеризуется быстрым развитием и острым течением. В этих условиях плановая флюорография никак не может соответствовать задаче своевременного выявления заболевания. Решение этого вопроса позволит значительно уменьшить поле деятельности медицинской службы по выявлению заболевания, повысив эффективность мероприятий и сократив экономические и другие затраты.

Цель работы: научно обосновать комплекс мероприятий по повышению эффективности выявления туберкулеза населения Удмуртской республики на основе применения новой технологии формирования групп риска.

Материал и методы исследования. Базой исследования были три муниципальных образования, которые являются типичными представителями населенных пунктов Удмуртской республики.

Объектами исследования являлись фтизиатрическая служба этих населенных пунктов, впервые выявленные больные и здоровые контингенты (контрольная группа).

В работе использованы методы статистического анализа для расчета достоверности различий основной и контрольной групп (критерий Стьюдента). Все различия, представленные в тексте, статистически достоверны: $p < 0,01$ и $p < 0,05$.

Проанализированы результаты клинико-лабораторных, рентгенофлюорографических методов исследования впервые выявленных больных туберкулезом в 1999-2000 гг. – 303 человека, а также контрольной группы (здоровых) – 149 человек. Оценено влияние различных факторов на течение туберкулеза у заболевших в сравнении со здоровыми (контрольная группа) методом анкетного скрининга. Исследование проводилось с помощью «Карты ретроспективного анализа впервые выявленного больного туберкулезом», содержащей 84 признака, каждый из которых имел от 2-х до 30 параметров. Анализ материалов проводился с помощью программного средства «Обработка сведений о заболевших туберкулезом» (ори-

гинальная разработка УриИИФ, сертификат № 259 от 21.04.1998 г. Минздрава России).

Полученные результаты и их обсуждение. В результате обработки базы данных на 149 здоровых пациентов контрольной группы и 303 больных туберкулезом, выявленных в 1999-2000 гг. в Удмуртской республике, получены следующие данные.

В структуре впервые заболевших туберкулезом органов дыхания традиционно преобладали мужчины - 71,9%. При этом только 11,8% из них были старше 60 лет, т.е. подавляющее большинство заболевших были в трудоспособном возрасте. Наиболее часто туберкулезом заболели мужчины и женщины в возрастной группе от 21 до 40 лет - 45,0 и 49,4% соответственно.

В структуре клинических форм, на первом месте оказалась инфильтративный туберкулез - 74,6%. У мужчин эта форма регистрировалась чаще, чем у женщин - 77,5 и 67,1% соответственно. На втором месте - очаговая форма туберкулеза - 12,5% от числа впервые выявленных. Эта форма туберкулеза чаще выявлялась у женщин - в 18,8% (у мужчин - 10,1%). Третье место разделили две клинические формы туберкулеза: туберкулезный плеврит и диссеминированный туберкулез - по 3% соответственно. При этом туберкулезный плеврит выявлялся у женщин несколько чаще, чем у мужчин (3,5 и 2,8%), а диссеминированной формой туберкулеза мужчины страдали больше, чем в 2 раза чаще - 3,7 и 1,18% соответственно. Остальные формы туберкулеза встречались довольно редко и не зависели от половых различий.

Наиболее тяжелые формы - с деструкцией и бактериовыделением - встретились в 53,2 и 33,0% соответственно у мужчин, против 37,6 и 25,9% у женщин.

Кроме того, проанализирована зависимость тяжести течения заболевания от способа выявления. Установлено, что при профилактическом осмотре выявлено подавляющее большинство больных - 68%. Среди больных, выявленных при обращении в медицинское учреждение, доля пациентов с распадом легочной ткани в 1,8 раза больше, чем у выявленных при профилактическом осмотре - 60 и 43,6% соответственно. Количество бактериовыделителей, выявленных по обращению в медицинское учреждение, составило 49,4% против 22,3%, выявленных при профилактических осмотрах, т.е. в 2,2 раза больше.

Течение туберкулеза отягощалось сопутствующими заболеваниями у 70,3% заболевших и 46,3% лиц контрольной группы (в 1,5 раза чаще). Самой частой патологией у больных туберкулезом были болезни легких - 22%, болезни органов пищеварения - 17,6%, язвенная болезнь - 10,6%, психические заболевания - 13,7%. При этом фаза обострения и декомпенсации сопутствующей патологии у больных туберкулезом встречалась в 8,2 раза чаще, чем среди лиц контрольной группы.

Бактериовыделение у больных, страдающих сопутствующей патологией, встречалось в 2,5 раза чаще, чем среди больных, не имеющих этих заболеваний.

Из числа заболевших 9 человек оказались ВИЧ-инфицированными (в контрольной группе - 1 чело-

век), при этом вирус иммунодефицита был выявлен после прохождения обследования на туберкулез. Учитывая, что количество ВИЧ-инфицированных с каждым годом увеличивается, следует ожидать роста данной категории пациентов в структуре вновь выявленных больных.

По уровню образования среди впервые выявленных больных преобладали лица со среднеспециальным и несокращенным средним образованием - 39,0 и 36,3% соответственно. Высшее образование было только у 2,3% больных туберкулезом.

Бессемейных среди больных туберкулезом было больше - 59,7%, чем в контрольной группе - 44,3%. И наоборот, семейных среди заболевших меньше, чем в контрольной группе - 40,3% против 55,7.

По уровню дохода среди больных туберкулезом пациенты с доходом ниже прожиточного минимума составили 99% против 23,5% пациентов контрольной группы.

Пребывание в исправительно-трудовых учреждениях оказывает существенное влияние на увеличение частоты сопутствующей патологии, отношение человека к своему здоровью и, следовательно, возникновению и тяжести течения туберкулеза. По нашим данным, пребывание в пенитенциарных учреждениях повышает вероятность заболевания туберкулезом в 30 раз.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом лица без определенного места жительства составили 28,7%, что в 42,8 раза превышает аналогичный контингент контрольной группы. Из числа заболевших находившихся в контакте с больными туберкулезом 27,1% в контрольной группе этот показатель составил только 1,3%. Злоупотребляли алкоголем 38,0% заболевших туберкулезом против 3,7% лиц контрольной группы. Установлено также, что 68,3% из числа заболевших туберкулезом курило, в контрольной группе - 57,7%. Заболевание туберкулезом у курильщиков изначально протекало тяжелее, чем у некурящих. Деструкция легочной ткани и бактериовыделение встретились у курящих больных в 1,3 раза чаще. В неблагоприятных жилищных условиях проживало 52,8% больных (в контрольной группе - 23,7% или в 2,2 раза меньше), то есть проживание в неблагоприятных жилищных условиях следует считать фактором, предрасполагающим к заболеванию туберкулезом.

Неблагоприятные условия труда многими авторами отнесены к факторам риска [1]. По нашим данным, вредные производственные факторы имелись у 82,5% впервые выявленных больных туберкулезом. При изучении влияния вредных производственных факторов на течение туберкулеза не было установлено прямых зависимостей.

Таким образом, проанализированные факторы у впервые выявленных больных существенно (от 3 до 43 раз - $p < 0,05$ и $p < 0,01$) преобладали над аналогичными в контрольной группе. В литературе эти факторы описаны многими авторами как факторы риска, повышающие опасность возникновения заболевания. В работе практического врача поликлиники использование этих факторов для определения индивидуаль-

ной степени риска проблематично в виду их многочисленности.

Важнейшие факторы в их комбинации при формировании групп риска. В результате поэтапной компьютерной обработки базы данных впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания из 16 выделено восемь факторов, наиболее часто у них встречающихся. Факторы, имеющие превалирующее значение, были включены в первую группу:

- контакт с источником туберкулезной инфекции;

- ВИЧ-инфекция;
- пребывание в пенитенциарном учреждении (в течение первых двух лет после освобождения).

Вторую группу составили факторы, имеющие относительно меньшее значение в возникновении заболевания:

- нетуберкулезное заболевание в фазе обострения или декомпенсации;
 - никотиновый синдром 2-3-й стадии (курение более 1-й пачки в день);
 - лица БОМЖ.

В третью группу вошли следующие факторы:

- злоупотребление алкоголем или наркомания;
- доход ниже прожиточного минимума;
- неблагоприятные жилищные условия.

В зависимости от частоты встречаемости факторов у впервые выявленных больных выяснено, что индивидуальная степень риска заболевания туберкулезом органов дыхания тем выше, чем больше значимых факторов встречается у конкретного пациента. Исходя из этого, было выделено четыре степени риска: абсолютная (сверхвысокая - «суперриско»), потенциальная (высокая), относительная (средняя), низкая. Таким образом, для определения индивидуальной степени риска заболевания каждого конкретного пациента достаточно выявить у него факторы или их комбинацию, определить частоту встречаемости и с помощью алгоритма (рис.) отнести к той или иной степени риска по заболеванию туберкулезом.

В группу пациентов, отнесенных к абсолютной степени риска («суперриско»), должны войти пациенты, имеющие один из факторов первой группы. В потенциальную группу риска (высокой степени) войдут лица, имеющие сочетание двух факторов второй группы, либо одного фактора второй группы с одним фактором третьей. Пациенты, имеющие хотя бы один фактор третьей группы, должны быть отнесены к относительной (средней) степени риска. Те лица, у которых нет перечисленных признаков, зачисляются в группу низкой степени риска.

Пациентам, отнесенным к абсолютной или сверхвысокой степени риска, предлагается обследоваться на туберкулез два раза в год, так как заболевание у них часто возникает в период между двумя ежегодными проверочными флюорографическими осмотрами, что требует более частых обследований. Контингентам потенциальной (высокой) степени риска рекомендовано ежегодное обследование, относительной (средней) - 1 раз в два года; низкой (отсутствуют факторы риска) - при наличии клинических проявлений заболевания (по обращению).

Алгоритм достаточно прост и доступен в применении как на врачебном участке поликлиники общей лечебно-профилактической сети, так и на фельдшерско-акушерском пункте на селе.

Автоматизация алгоритма и установка его на врачебном участке поликлиники общей лечебно-профилактической сети в виде самостоятельного программного средства, либо в виде модуля в программе «Автоматизированное рабочее место врача поликлиники» может позволить врачу с минимальными затратами формировать контингенты, относящиеся к группам риска, своевременно обследовать этих пациентов на туберкулез.

Использование предложенного принципа формирования групп риска по туберкулезу органов дыхания в трех муниципальных образованиях Удмуртской республики позволило установить численность контингентов абсолютной, высокой и средней степени риска, которые составили 2,3, 11,2 и 24,6% от населения, обслуживаемого поликлиникой соответственно. Пациенты, отнесенные к абсолютной степени риска (сверхвысокого или «суперриско»), обследовались на туберкулез два раза в год, потенциальной (высокой) степени риска - ежегодно, относительной (средней) - один раз в два года. Контингенты низкой степени риска обследовались на туберкулез только при обращении в поликлинику при наличии респираторных жалоб и никотинизации.

Учитывая рекомендованную кратность обследования населения на туберкулез, следует планировать в течение года осматривать дважды контингенты абсолютного риска, однократно контингенты высокого риска и половину контингентов среднего риска, что составило лишь 28,1% жителей, отнесенных к данной поликлинике. Выявляется при этом 86,2% от числа всех впервые заболевших при улучшении структуры клинических форм туберкулеза. Так, число впервые выявленных больных с запущенными формами туберкулеза уменьшается в 1,6 раза.

Применение данного алгоритма позволило убедиться также в том, что так называемые «поликлинические группы риска», куда входят больные сахарным диабетом, язвенной болезнью, неспецифическими заболеваниями органов дыхания и др., а также особые контингенты - неорганизованное население, прибывшие из мест лишения свободы, мигранты - могут быть заменены группами риска, сформированными по методу, позволяющему все население, прикрепленное к данной поликлинике, распределить по контингентам абсолютного, высокого, среднего и низкого риска.

Отчетливо регистрируется экономическая эффективность метода: общие затраты при проведении проверочных флюороосмотров уменьшились в 3,7 раза, а стоимость выявления одного больного - в 3,2 раза. Селективный подход при проведении мероприятий по выявлению туберкулеза позволял уменьшить лучевую нагрузку на население, что имеет особое значение при существующей радиофобии населения. У руководителей здравоохранения при такой организации выявления заболевания появляется возможность более рационального использования ограниченных материальных ресурсов.

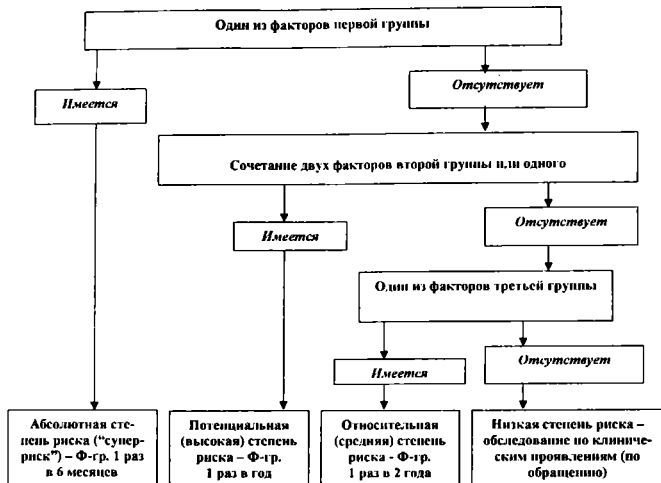


Рис. Алгоритм определения индивидуальной степени риска по заболеванию туберкулезом органов дыхания

Выводы

1. Эпидемическую ситуацию по туберкулезу в значительной степени определяют контингенты абсолютной, высокой и средней степени риска возникновения заболевания, составляющие 38,1% всего населения.

2. Наиболее важными в возникновении заболевания туберкулезом органов дыхания являются девять факторов, разделенные по степени значимости на три группы.

3. В зависимости от комбинации этих факторов риска население с помощью алгоритма можно стратифицировать на четыре степени риска: абсолютную («суперриск»), потенциальную (высокую), относительную (среднюю) и низкую.

4. Применение разработанного принципа выявления туберкулеза органов дыхания из групп повышенного риска при ежегодных обследованиях 28,1% населения (дважды контингенты абсолютной группы риска, один раз – потенциальной группы риска и половина контингента относительной группы риска) позволяет выявлять 86,2% больных при улучшении структуры клинических форм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голубев Д.Н., Тихомиров В.В., Карташов М.В. и др. Формирование групп риска по туберкулезу

легочных и внелегочных локализаций. Методические рекомендации МЗ РФ. – Екатеринбург, 2000. – С. 24.

2. Кусеров А.Л., Ильичева Е.Ю. Организация выявления туберкулеза на основе компьютерных технологий // Проблемы туберкулеза. – 1998. – № 3. – С. 16-19.
3. Перельман М.И., Шилова М.В. Туберкулез в России – взгляд на проблему / В кн.: Здоровоохранение в России: Федеральный справочник. – М.: «Родина-пр», 2002. – С. 207-216.

Т.Б. Аболтина, О.В. Новоселова

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ

Уральская государственная медицинская академия

Некротический энтероколит (НЭК) – тяжелое заболевание периода новорожденности – в последнее десятилетие имеет тенденцию к увеличению частоты в среде новорожденных, имевших различные нарушения адаптации. Так, среди пациентов реанимационных отделений НЭК встречается в 1-5% случаев. Природа НЭК мультифакторна: основными компо-