

## Содержание

Введение.....	3
Глава 1	
1.1 Что за болезнь – туберкулез? .....	4
1.2 История исследования туберкулеза.....	4
1.3 Формы и типы туберкулеза.....	4
1.4 Кто является возбудителем туберкулеза?.....	5
1.5 Первые признаки туберкулеза.....	5
1.6 Как передается туберкулез?.....	6
1.7 Туберкулез как медико-социальная проблема.....	7
Глава 2	
2.1 Результаты исследования .....	8
Заключение .....	9
Список литературы.....	10
Приложение 1.....	11

## Введение

На фоне социально-экономического кризиса в России, сопровождающегося значительным снижением уровня жизни населения, ростом безработицы и социально дезадаптированного контингента, туберкулез становится медико-социальной проблемой. С начала 90-х годов прошлого столетия регистрируется резкий рост заболеваемости туберкулезом в России (с 31,5 на 100 тысяч населения в 1990 году до 96,1 на 100 тысяч в 2014 году). Особую тревогу вызывает опережающий рост (более чем в 3 раза по сравнению с 1990 г.) открытых, бациллярных форм и увеличение более чем в 7 раз смертности от туберкулеза за этот период.[3]

Ежегодно регистрируется около 120 тысяч новых случаев заболевания, а вместе с рецидивами – это 150 тысяч больных, которые требуют лечения. Из них 15% страдают очень сложной формой заболевания – туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. В 2014 году было зарегистрировано 118 367 новых случаев заболевания туберкулезом (83,2 на 100 000 населения), что на 721 человека больше, чем в 2013 году. В 26 субъектах РФ зарегистрирована заболеваемость туберкулезом выше уровня 100 случаев на 100 тысяч населения. Наибольшие значения заболеваемости отмечаются в ряде территорий Сибири и Дальнего Востока.

**Актуальность работы** заключается в том, что это опасное заболевание распространяется воздушно-капельным путём, диагностируется не сразу, заболеванию подвержены не только взрослые, но и дети. Поэтому туберкулез является злободневной проблемой, к которой необходимо привлекать внимание.

**Цель исследования:** Изучение влияния социальных факторов на распространение и заболеваемость туберкулезом.

**Для достижения цели поставлены следующие задачи:**

1. Проанализировать литературу о туберкулезе и методах его диагностики
2. Выявить меры профилактики туберкулеза.
3. Проанализировать диспансерные карты больных туберкулезом (форма №81/у утвержденная Министерством здравоохранения РФ) противотуберкулезного кабинета ГБУЗ «Бичурская ЦРБ»;

**Предмет исследования** – данные обследования на туберкулез, по диспансерным картам больных. Была проведена выборка среди пациентов противотуберкулезного кабинета с наличием различных социальных факторов. Сравнение соотношения данных факторов к общему населению России.

**Объект исследования** – выявление «социализации» болезни.

**Методы работы:** изучение, обобщение, сопоставление, анализ.

## Глава I

### 1.1 Что за болезнь – туберкулез?

Туберкулез – одна из старейших напастей, известных человечеству. На Руси её называли «сухотной болезнью», а позднее – «чахоткой». В Древней Греции недуг прославился под именем *phtisis*, что означает «истощение».

Туберкулез – это инфекционное заболевание. Научно доказанный факт, что около 5 тысяч лет туберкулез присутствовал на планете. Сведения о нем идут еще из Древнего Египта. Но лишь в 1882 году немецкий исследователь Роберт Кох обнаружил возбудителя болезни. Этот микроорганизм стали называть палочкой Коха. [1]

### 1.2 История исследования туберкулеза.

Характер эпидемии болезней приобрела в XVII – XVIII веке, когда началось активное строительство городов, развитие промышленности, торговли и транспорта. Люди путешествовали, отправлялись на заработки, и попутно разносили смертоносную бактерию. Тогда же начались первые медицинские исследования, направленные на установление природы туберкулеза и поиск методов лечения. Доктор Франциск Сильвий, живший в XVII веке, впервые обнаружил туберкулезные гранулемы при вскрытии умершего от чахотки больного, но ошибочно принял их за увеличенные лимфоузлы. Французский ученый Рене Лаэннек (1781-1826), впервые ввел термин «туберкулез», а также описал несколько типов этого заболевания. Он также предложил использовать аускультацию легких, что послужило прорывом в диагностике. Русский врач Г.И. Сокольский (1807-1886) был знаком с трудами Лаэннека и опирался на них в своей научной работе. Итогом стала книга «Учение о грудных болезнях», увидевшая свет в 1838 году.

Большой вклад в разгадку природы туберкулеза внес французский судовой врач Жан-Антуан Вильмен. В 1865 году во время плавания он обнаружил, что один из матросов болен туберкулезом, и стал свидетелем того, как те же симптомы постепенно возникали у других членов экипажа.

Однако лишь в 1882 году стало доподлинно известно, как именно смертельная болезнь распространяется и поражает миллионы людей. Немецкий врач Роберт Кох посвятил 17 лет жизни изучению этого вопроса, и, наконец, смог обнаружить и рассмотреть опасную микобактерию под микроскопом, после того, как окрасил инфицированный образец метиленовым синим и везувином. Затем доктор сумел выделить чистую бактериальную культуру и заразить ею подопытных животных. В честь первооткрывателя туберкулезная микобактерия получила название «палочка Коха». [5]

### 1.3 Формы и типы туберкулеза

Более чем в 90% случаев туберкулез локализуется с легких, но существуют также костные, мочеполовые, кожные, мозговые, кишечные, милиарные разновидности заболевания, поэтому принято выделять две формы туберкулеза: Легочную и Внелегочную.

Исходя из того, заболел ли человек впервые, или болезнь после ремиссии вновь перешла в активную стадию, выделяют два типа туберкулеза: Первичный и Вторичный.

#### 1.4 Кто является возбудителем туберкулеза?

Туберкулез вызывают особые микобактерии, всего науке известно 74 типа таких бактерий. Термин «палочка Коха» на сегодняшний день считается устаревшим, поскольку палочек в результате мутаций стало великое множество, и все они обладают индивидуальными признаками. Живут микобактерии почти везде: в почве, в воздухе, в воде, в телах людей, животных и птиц. У человека туберкулез возникает, чаще всего, в результате заражения МБТ (*Mycobacterium tuberculosis*), реже - *Mycobacterium bovis* (коровьим видом микобактерий) и *Mycobacterium africanum* (африканским видом).

МБТ уникальна тем, что под воздействием различных факторов среды она может дробиться на невероятно мелкие частички, или наоборот, слепляться в причудливые гигантские спруты, а затем снова возвращаться в обычную форму и заражать людей.

Туберкулезные микобактерии долго живут вне организма-носителя. На пыльном тротуаре они остаются жизнеспособными 10 дней, между книжных страниц – 3 месяца, в воде – 5 месяцев. МБТ не любят солнечного света, но выдерживают нагревание до 80 градусов Цельсия целых пять минут. В темном и сыром помещении они чувствуют себя особенно вольготно. МБТ не имеют органоидов движения – ни жгутиков, ни ресничек – поэтому остаются там, где их «высадил» носитель. Для роста и размножения им нужна температура от 29 до 42 градусов Цельсия, наилучший вариант – 37-38 градусов, то есть, в организме больного туберкулезом человека просто идеальные условия. [2]

#### 1.5 Первые признаки туберкулеза

На начальной стадии туберкулез очень сложно отличить от банального ОРЗ или синдрома хронической усталости. Человек постоянно чувствует себя слабым, сонливым и разбитым. Есть не хочется, настроение подавленное, малейший стресс провоцирует бурную реакцию. По вечерам может наблюдаться легкий озноб, ночной сон беспокойный, сопровождается потливостью и кошмарами. Температура упорно держится на отметке 37,5-38 градусов, появляется сухой приступообразный кашель, который особенно сильно мучает ночью и ранним утром. Первые признаки туберкулеза легких могут проявиться все вместе, а могут и по отдельности, в произвольных сочетаниях.

Туберкулез придает лицу осунувшийся, бледный вид: черты заостряются, щеки проваливаются, на них горит неестественный румянец, глаза приобретают нездоровый блеск. Человек быстро теряет вес, и если на первой стадии болезни все эти признаки ещё не так очевидны, то у больных хроническим туберкулезом настолько характерный внешний вид, что диагноз не вызывает никаких сомнений.

Верный признак туберкулеза – не спадающая в течение месяца и более субфебрильная температура тела (37-38 градусов), которая не объясняется никакими объективными причинами. К вечеру температура может подниматься до 38,5 градусов и сопровождаться ознобом. Больной все время потеет, но с помощью этой естественной реакции организму все равно не удастся снизить температуру тела до физиологической нормы, потому что инфекция снова и снова провоцирует лихорадку. Фебрильная температура (свыше 39 градусов) возникает уже на поздних стадиях туберкулеза, при наличии массивных очагов воспаления в легких.

Человек, страдающий туберкулезом легких, кашляет почти постоянно, однако в начале заболевания кашель сухой, накатывает приступами и выглядит, как нервная реакция. А затем, когда гранулемы разрастаются до каверн, и в легких скапливается экссудат, начинается обильное выделение мокроты. Кашель становится влажным, и после откашливания человек на некоторое время испытывает облегчение.

Кровохаркание опасный симптом почти наверняка говорит об инфильтративной форме туберкулеза, но диагноз необходимо дифференцировать от злокачественной опухоли легкого и острой сердечной недостаточности, поскольку для этих болезней также характерно кровохарканье. При туберкулезе кровь выделяется из дыхательных путей в небольшом количестве сразу после приступа влажного кашля с обильной мокротой. Иногда кровь льется буквально фонтаном, это говорит о разрыве каверны.

Боли под ребрами или за лопатками редко выступают первыми признаками туберкулеза. Обычно этот симптом беспокоит больных на острой и хронической стадии болезни. Если боль наблюдается в начале заболевания, то она слабо выраженная, больше похожа на дискомфорт, и проявляется ярче только при глубоком вдохе. [7]

#### 1.6 Как передается туберкулез?

Воздушно-капельный путь. По частоте этот способ уверенно лидирует – около 98% случаев заражения туберкулезом происходит воздушно-капельным путем. За один выброс при кашле больной выделяет в окружающий воздух до трех тысяч микобактерий, причем, разлетаются они в радиусе полутора метров. Частицы мокроты высыхают, но остаются заразными. Поэтому самому большому риску подвергают себя люди, подолгу находящиеся в одном помещении с больными открытой формой туберкулеза.

Контактный путь подразумевает заражение от личных вещей, одежды, посуды, игрушек, полотенец и прочих предметов обихода, которыми пользуется больной. Туберкулез передается через поцелуи и половые контакты. Заразиться можно и непосредственно через кровь, если имеются раны или царапины. Не стоит забывать и о том, что туберкулез передается людям от животных: например, заразиться можно в процессе ухода за больной кошкой или собакой.

Пищевой способ инфицирования характерен для сельской местности, где люди не сдают ветеринару на анализ молоко и мясо домашнего скота. Купить зараженные продукты можно и на рынке с рук.

Если мать больна туберкулезом легких, это вовсе не означает автоматически, что она заразит будущего малыша. Однако при обширных и хронических формах, особенно в сочетании с ВИЧ-инфекцией, риск внутриутробного заражения очень велик. [6]

### 1.7 Туберкулез как медико-социальная проблема.

Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания, так как чаще всего туберкулезом заболевают именно социально-дезадаптированные лица.

Предрасполагающими факторами являются плохие материально-бытовые условия, недостаточное питание, вредные производственные факторы, физические и умственные перегрузки, стрессы, т.е. все то, что снижает сопротивляемость организма инфекции. В значительной степени росту заболеваемости туберкулезом в нашей стране способствует увеличение числа социально-дезадаптированных лиц (вследствие миграции населения, увеличения числа жителей без определенного места жительства), неудовлетворительное состояние мест заключения (пенитенциарных учреждений), ставших в нашей стране рассадниками туберкулезной инфекции.

Туберкулез – это заболевания социального характера, приносящее ущерб обществу и требующее социальной защиты человека.

Процесс распространения инфекционных болезней в человеческом коллективе — сложное явление, на которое, помимо чисто биологические моментов (свойств возбудителя и состояния организма человека), оказывают огромное влияние и социальные факторы: материальное состояние народа, плотность населения, культурные навыки, характер питания и водоснабжения, профессия и т.д. Процесс распространения инфекционных болезней состоит из трех взаимодействующих звеньев: 1) источника инфекции, выделяющего микроба-возбудителя или вируса; 2) механизма передачи возбудителей инфекционных болезней; 3) восприимчивости населения. Без этих звеньев или факторов не могут возникать новые случаи заражения инфекционными болезнями. [8]

## Глава II

2.1 Нами установлено, что на учете в противотуберкулезном кабинете ГБУЗ «Бичурская ЦРБ» находятся 42 больных из активных групп (относятся больные 1 и 2 групп учета, согласно приказа МЗ РФ №109). К этим группам относятся больные с разгаром заболевания, поэтому они наиболее опасны для окружающих – от них можно заразиться окружающим.

Для сравнения выбраны следующие негативные социальные факторы:

- Безработица; отсутствие заработной платы, случайные заработки;
- Систематический прием алкоголя (алкоголизм);
- Наркомания;
- Плохие жилищные условия (скученность менее 18 кв м на человека, ветхое состояние жилья);
- ВИЧ – инфицирование;

Проведено сравнение (данные представлены в таблице ПРИЛОЖЕНИЕ 1)

По полученным данным мы выяснили, что количество безработных среди больных туберкулезом в Бичурском районе составляет 100%, что в 18.5 раза превышает количество безработных в среднем по населению РФ, больных алкоголизмом - в 101 раза, страдающих наркотической зависимостью - в 364 раза, проживающих в плохих жилищных условиях – в 5 раз, ВИЧ-инфицированных – 31 раз, находившихся в заключении - в 27.75 раз.

Имеется значительное количество больных у которых присутствует сочетание нескольких негативных социальных факторов, что значительно утяжеляет течение туберкулеза легких. Например: больной Ф., который являясь неработающим пенсионером по заболеванию туберкулезом, прибыл из мест лишения свободы, ВИЧ – инфицирован, проживает вместе с двумя родственниками в старом доме площадью 36 м кв. Больной страдает неизлечимым туберкулезом с выделением устойчивой БК+.

Больной Б. который являясь неработающим пенсионером по заболеванию туберкулезом, прибыл из мест лишения свободы, ВИЧ – инфицирован, проживает вместе с четырьмя родственниками в квартире площадью 70 м кв. Больной страдает неизлечимым туберкулезом с выделением БК+.

На основе собранных данных можно сделать вывод, что вредные соц. факторы, такие как безработица, наркомания, алкоголизм и т.д. негативно влияют на заболеваемость туберкулезом.

## **Заключение**

Современный период, начавшийся в конце 80-90 годов 20 столетия, по данным многочисленных литературных источников, связан с резким ухудшением эпидемиологической ситуации. Основными причинами резкого увеличения заболеваемости туберкулезом и смертности от него в России являются следующие: кризис экономики, недостаточное финансирование мероприятий борьбы с туберкулезом; снижение жизненного уровня большой группы населения, в частности, ухудшение питания со значительным уменьшением потребления белковых продуктов, а также возникновение стрессовых ситуаций в связи с неустойчивым положением в стране; локальные военные конфликты в некоторых регионах; резко увеличившаяся миграция больших групп населения, практически выпадающих из поля зрения лечебно-профилактических учреждений; ухудшение проведения всего комплекса мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулеза; увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями [4].

В целях снижения распространения туберкулеза в России, совершенствования организации медицинской помощи больным туберкулезом, разработана и утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 11.06.1998 г. №582 Федеральная целевая программа "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России 1998-2004 гг.", подпрограмма "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России" Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 гг.)" (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации №790 от 13.11.2001 г.), подпрограмма «Туберкулез» Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)" (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации №280 от 10.05.2007 г.).

Приняты законодательные акты, обеспечивающие политическую поддержку и одобрение программы борьбы с туберкулезом на федеральном и региональном уровнях (Федеральный Закон "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ; Постановление Правительства Российской Федерации о реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" от 25.12.2001 г. № 892. [4]



## Список литературы

1. Греймер М.С., Фейгин М.И. Раннее выявление туберкулеза легких. – М.: Медицина, 1986. 144с.
2. Незлин С.Е., Греймер М.С., Прокопьева Н.М. Противотуберкулезный диспансер. М.: Медицина, 1989. 224с.
3. Статистические данные Росстата.
4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.1295-03Профилактика туберкулеза, утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 18 апреля 2003 г.
5. Туберкулез в Российской Федерации, 2014. Аналитический обзор статистических показателей, используемый в Российской Федерации. М.,2014, 286с.
6. Учебник «Фтизиатрия» для студентов медицинских вузов под руководством М.И.Перельмана.
7. Янченко Е.Н., Греймер М.С. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков. Ленинград; изд-во «Медицина» 1987. 281с.
8. Интернет источники
  1. [vuzlit.ru](http://vuzlit.ru)»...tuberkulez\_-\_kak...znachimoe\_zabolevanie...
  2. [46сge.rospotrebnadzor.ru](http://46сge.rospotrebnadzor.ru)»

Распространение социальных факторов среди изучаемых групп населения		
Факторы	Среди больных активным туберкулезом п\т кабинета ГБУЗ «Бичурская ЦРБ»	Среди населения РФ (по данным Росстата)
Безработица	35 – 100% (к работоспособному населению)	4,1 млн человек – 5,4% к работоспособному населению)
Алкоголизм	3 – 7,1%	0,07 % (по данным Минздрава 2015 год)
Наркомания	2 – 5,1%	0,014 % (по данным Минздрава 2015 год)
Плохие жилищные условия	8 – 19,0%	Около 5 млн 3,4 % (по данным федерального агентства по строительству и ЖКХ)
ВИЧ - инфицированные	4 – 9,5%	0,3% (448,8 тысяч больных)
Ранее находившиеся в заключении (ЗК)	5 – 11,9%	526.300 человек заключенных в России в 2016 году – 0,4%.