

## **АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ**

**У.Ю.Сироджидинова, Ф.С.Сироджидинов,  
С.Р.Рустамов, Б.У. Салихов**

**Кафедра фтизиатрии ТГМУ им.Абуали ибни Сино;  
Республиканская клиническая туберкулёзная больница**

Трудовые мигранты являются группой повышенного риска заболевания туберкулёзом. Более 20% (из них 95% в возрасте 15-54г.) трудоспособного населения Республики Таджикистан являются трудовыми мигрантами. С каждым годом отмечается рост числа больных туберкулёзом среди трудовых мигрантов с 6,6% до 17% (с 2007 по 2009 гг.). Основной формой является инфильтративный туберкулёз лёгких - 72%, в фазе распада - 78%, выделители микобактерии туберкулёз - 50%, 35% имели сопутствующие заболевания, в том числе ВИЧ/СПИД. У всех пациентов туберкулёз был выявлен в миграции, но из-за недоступности бесплатного лечения, они не получили полный курс противотуберкулёзного лечения.

**Ключевые слова:** трудовые мигранты, туберкулёз, ТБ и ВИЧ/СПИД

**Актуальность.** Проблема трудовых мигрантов в последние десятилетия является актуальной для многих стран, так как в этой области задействованы лица молодого трудоспособного возраста, являющиеся опорой экономического развития любой страны [1,3]. Рост числа трудовых мигрантов как внутренних, так и внешних, отмечается с каждым годом. В Республике Таджикистан более 20% (620 000) трудоспособного населения являются трудовыми мигрантами [2,4]. Население республики, проживающие в тёплых климатических условиях, став трудовыми мигрантами в основном в Российской Федерации, не приспособлено к суровым климатическим условиям. Будучи трудовыми мигрантами, в основном мужчины, они проживают в неприспособленных жилищных условиях, скученность, с плохой вентиляцией, с плохим малокалорийным питанием, испытывая постоянный стресс в результате нарушения их прав, переживая трудности в поисках достойной работы. Все эти факторы приводят к снижению иммунно-биологической реактивности организма и при наличии туберкулёза у одного человека, проживающего вместе с другими, инфекция может быстро распространяться на другие лица. По данным статистики, в последние годы в структуре форм впервые выявленного туберкулёза от 6,6% до 17% составляют трудовые мигранты, и это число имеет тенденцию к росту. В последние годы диагностируется не только туберкулёз, но имеет место одновременно и ВИЧ/СПИД. Потому проблема заболеваемости туберкулёзом очень актуальна среди трудовых мигрантов, которые выезжают за пределы страны. Но до настоящего времени эта проблема в Республике Таджикистан не изучена и не разработаны меры по профилактике, своевременному выявлению и лечению таких больных.

**Цель исследования:** динамический анализ частоты заболевания туберкулёзом трудовых мигрантов и определение причин высокой заболеваемости и разработка мер по её своевременному выявлению, лечению и профилактике.

**Материалы и методы.** Учитывая рост заболеваемости туберкулёзом у трудовых мигрантов, мы проанализировали за три года динамику клинических форм выявленного туберкулёза и причин поздней диагностики туберкулёза у них.

Мы изучали истории болезни, карты диспансерного наблюдения впервые выявленных больных туберкулёзом с 2007 по 2009 гг. За этот период в Республиканскую клиническую туберкулёзную больницу (РКТБ) и в Областную туберкулёзную больницу (ОТБ) Согдийской области были госпитализированы 707 больных трудовых мигрантов с различными формами туберкулёза.

**Результаты и их обсуждение.** Из этого количества в 2007г. было 396 госпитализированных больных в РКТБ и в ОТБ Согдийской области, в 2008 144, в 2009г. и 107 больных госпитализированных только в РКТБ. В 2007г. трудовые мигранты по республике составляли 6,6% от общего количества зарегистрированных больных, в 2008 г. в 2 раза больше - 17%, в Согдийской области, соответственно, - 17,1 и 19,6%. Из числа наблюдаемых больных мужчин было 96%, женщин 4%; в возрасте 15-24 года - 34%, 25-34г. - 39%, 35-44г. - 17%, 45-55г. - 7,4% и только 2,5% старше 55 лет. Итак, 98% больных были в возрасте от 15 до 54 лет. Жителей сёл было 82,2%, города - 17,8%.

При анализе клинических форм выявленного туберкулёза установлено: у 72% - инфильтративный туберкулёз лёгких, из них в фазе распада - 78%, у 5% выявлен диссеминированный туберкулёз лёгких, у 0,1% - туберкулёзный менингит, у 14% больных установлен экссудативный плеврит специфической этиологии, у 3% - туберкулёз костей и суставов, у 0,1% - абдоминальный туберкулёз. Из числа госпитализированных больных с такими осложнениями, как эмпиема плевры - 2%, пневмоторакс - 4%, кровохаркание - у 17% больных.

Бацилловыделителей было 31% в 2007 г. и 50% в 2009 г., 6% больных поступили повторно с такими хроническими формами как кавернозный и фиброзно-кавернозные формы туберкулёза лёгких. В стационарах больным проводились: общий анализ крови, биохимический анализ крови, экспресс-тест на ВИЧ, они осматривались стоматологом, при необходимости консультировались у врачей узкой специальности.

У 35% больных имели место сопутствующие заболевания: гепатит в анамнезе - у 15%, брюшной тиф - у 10%, ещё у 10% - заболевания дыхательных путей (ОРВИ, пневмония, бронхиальная астма). У 60% наблюдаемых больных имел место кариес зубов, нелечённый, из них у 40% - с такими осложнениями, как пульпит и парадонтит.

Больным проводилось противотуберкулёзное лечение, по I категории DOTS - 73%, по категории II DOTS - 24%, индивидуальное лечение было назначено 3% больным.

Анализируя данные анамнеза, установлено, что перед выездом за пределы страны почти никто не проходил флюорографическое исследование, контакт с туберкулёзом в семье имели 26% больных, но не обследовались и не получали профилактическое лечение.

Туберкулёз у всех был установлен в Российской Федерации, у 45% - при флюорографическом исследовании, при регистрации в стране пребывания, у 55% - при обращении в лечебные учреждения с различными жалобами, и эти больные были депортированы. И так до поступления в стационар знали о своей болезни почти все больные, 16% начали лечиться противотуберкулёзными препаратами от 1 до 2,5 месяцев за свой счёт [5], 47% поступили в стационар через 1-3 месяца после установления диагноза, 38,2% - через 6 месяцев, 14,8% - более чем через 6 месяцев от момента установления диагноза. Причиной неполучения лечения почти все по возвращении на родину объясняют удовлетворительностью самочувствия в стране пребывания - нелегальностью пребывания в миграции и недоступностью бесплатного лечения.

Нами проанализирован срок пребывания в миграции до начала заболевания: 75% больных туберкулёз был установлен в первые 6 месяцев после прибытия в страну миграции, это в основном в Российской Федерации, 14,7% - от 6 месяцев до одного года, у 10,3% установлен срок пребывания в миграции более двух лет.

Все эти больные были госпитализированы в туберкулёзные стационары для получения интенсивной контролируемой терапии по стратегии ДOTS в течение 2-4 месяцев.

Следует отметить, что как в стационаре, так и в амбулаторных условиях по показаниям больным проводилась экспресс-диагностика на ВИЧ/СПИД. И если в 2007г. крайне редко выявлялись больные с двойной инфекцией, то в 2008-2009гг. у 1-1,5% госпитализированных больных в РКТБ наряду с туберкулёзом был диагностирован ВИЧ. В 2009г. среди мигрантов было 4 ВИЧ-инфицированных туберкулёзных больных, в двух случаях процесс прогрессировал и закончился летально [1]. Следует отметить, что с каждым годом количество больных туберкулёзом среди трудовых мигрантов увеличивается. При сравнении данных 2007г. с цифрами 2009г. количество больных среди трудовых мигрантов увеличилось в 2,5 раза, а так же отмечается рост больных - бактериовыделителей на 60%, среди всех зарегистрированных больных по республике бактериовыделителей - 48 %.

#### **Выводы:**

1. Среди впервые выявленных больных отмечается рост больных трудовых мигрантов с 6,6% до 17%, 98% из них были лица трудоспособного возраста (15-54 лет).
2. Основной формой туберкулёза является инфильтративный туберкулёз лёгких, число бактериовыделителей в 2007г. было 31%, в 2009г. - 50% случаев, и этот процесс имеет тенденцию к росту.
3. 26% больных имели контакт с туберкулёзом в семье, но не были обследованы как контактные и не получали профилактическое лечение.
4. Флюорографическое обследование, а также санации полости рта до выезда за пределы страны никому не были проведены.
5. Почти у всех туберкулёз выявлен в стране пребывания, но из-за недоступности медицинского обслуживания в миграции, 16% получали лечение от 1 до 2 месяцев.
6. Отмечается рост числа больных с двойной инфекцией (туберкулёз+ВИЧ/СПИД) до 1-1,5%.
7. Учитывая большой процент (60%) кариеса, всем следует обследоваться у стоматолога и провести санацию полости рта, так как наличие кариеса усугубляет течение хронического процесса.

#### **Литература**

1. Салихов Б.У., Сироджидинов Ф.С., Сироджидинзода Р. Трудовые мигранты - группа риска по заболеванию туберкулёзом// Современная медицина и новые технологии/ Годичная научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им.Абуали ибни Сино, посвящённая «Году образования и технической культуры». Душанбе. 2010. –С.269-271
2. Глумная Т.В. Влияние активного выявления и лечения больных туберкулёзом на летальные исходы //– М. - №4. -2000.-С. 22-27
3. Курбоналиева Т.М., Бикметова Ф. и др. Трудовые мигранты - группа риска заболевания ТБ// Современные аспекты общественного здравоохранения. Душанбе. -2007. –С.145–148
4. Мирзоева М.Б., Дустматова З.Ш., Рустамов С. Проблемы туберкулёза у мигрантов в Республике Таджикистан//Сборник научных тезисов совместной Республиканской научно-практической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане» и 56-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им.Абуали ибни Сино.Душанбе.-2008.-С.184

5. Литвинов В.И. Миграция и заболеваемость туберкулёзом в Москве (по материалам семинара "Миграция и здоровье: корреляции, последствия, решения", 6 февраля 2002 года)

## **ХУЛОСА ТАҲЛИЛИ ВАЗЪИ БЕМОРИИ СИЛ ДАР БАЙНИ МУҲОЧИРОНИ МЕҲНАТӢ**

**У.Ю.Сирочидинова, Ф.С.Сирочидинов,  
С.Р.Рустамов, Б.У.Солеҳов**

Муҳочирони меҳнатӣ гурӯҳи аз ҳама осебпазири бемории сил ба шумор меравад. Зиёда аз 20% аҳолии қобили меҳнати Ҷумҳурии Тоҷикистон (аз инҳо 95% аз 15 то 54 сола) муҳочирони меҳнатӣ маҳсуб мешаванд. Ҳар сол шумораи беморони сил дар байни муҳочирони меҳнатӣ меафзояд, таносубан, агар дар соли 2007 6,6% бошад, пас дар соли 2009 ба 17% расидааст. Намуди паҳншуда ё худ асосии беморӣ ин сили инфилтративии шуш – 72%, дар марҳалаи паҳншавӣ – 78% мебошад, ихроҷкунандагони микобактерияи сил – 50% ва дар радифи дигар бемориҳо – 35%, аз ҷумла вирусҳои норасоии масунияти бадан мушоҳада мешавад. Ба сил гирифтагон будани ҳамаи беморон дар муҳочират ошкор шудааст, вале бинобар дастрас набудани табобати роғон онҳо муолаҷаи пурраи зидди силро гирифта натавонистанд.

## **SUMMARY ANALYSIS OF THE SITUATION OF TB IN MIGRANTS Y.Yu. Sirojidinova, F.S. Sirojidinov, S.R. Rustamov, B.U.Salikhov**

Migrant workers are a group of high risk of tuberculosis. More than 20% of the working age of population (95% of them aged 15-54years.) Republic of Tajikistan are migrant workers. Every year marked increase in the number of tuberculosis patients among migrant workers from 6,6 to 17% (from 2007 to 2009.). The basic form is infiltrative pulmonary tuberculosis is 72%, 78% - of the decay phase, highlighters of Mycobacterium tuberculosis - 50%, 35% had concomitant diseases, including HIV / AIDS. In all patients, TB was identified in the migration, but due to non-availability of free treatment, they have not received a full course of TB treatment.

**Key words:** migrant workers, tuberculosis, TB and HIV/AIDS

---

**Адрес для корреспонденции:**

**У.Ю.Сироджидинова** - зав.кафедрой фтизиатрии ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул., Азизбекова, 45; E-mail: [bekhruz80@rambler.ru](mailto:bekhruz80@rambler.ru)