

22. Boudoulas H., Schaal S., Leier C. The role of the autonomic nervous system in patients with sinoatrial and atrioventricular node dysfunction // Europ. J. Cardiol. — 1981. — Vol. 12. — P.311-319.
23. Coumel P. Cardiac arrhythmias and the autonomic nervous system // J. Cardiovasc. Electrophysiol. — 1993. — Vol. 4, № 3. — P.338-355.
24. Dickinson P., Scott O. Ambulatory electrocardiographic monitoring in 100 healthy teenage boys // Br. Heart J. — 1984. — Vol. 51. — P.171-183.
25. Schonecke O.W. Clinical aspects of functional cardiovascular disorders // Fortschr. Med. — 1990. — Bd. 108, № 8. — S.157-160.
26. Steptoe A. Psychological factors in cardiovascular disorders. — London: Acad. Press, 1981. — 286 p.

© АГЕЕВ В.А., ВОРОНЦОВА М.В. — 2006

АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ НА СЕКЦИОННОМ МАТЕРИАЛЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» Г. ИРКУТСКА

В.А. Агеев, М.В. Воронцова

(МУЗ «Клиническая больница №1» г. Иркутска, гл. врач — засл. врач РФ Л.А. Павлюк)

Резюме. На фоне ухудшения эпидемической обстановки по туберкулезу в РФ в современных условиях, приобрела актуальность проблема внелегочного туберкулеза, в частности абдоминального. Удельный вес абдоминального туберкулеза в структуре заболеваемости туберкулезной инфекцией растет, увеличивается летальность от его осложнений. В статье приводятся данные анализа секционных исследований умерших в хирургических отделениях МУЗ «Клиническая больница № 1» г. Иркутска от туберкулеза с развитием его абдоминальных осложнений за 2001-2005 гг.

Ключевые слова. Внелегочный туберкулез, абдоминальный туберкулез, желудочно-кишечный тракт.

За последнее десятилетие в России отмечается рост заболеваемости и смертности от туберкулеза [1-4,10]. Внелегочный туберкулез (ВЛТ), являясь составной частью большой проблемы туберкулеза, привлекает внимание специалистов различного профиля в связи с его неуклонным ростом в общей структуре заболеваемости и все более значимым местом в структуре летальности [5-7,9,11,12,15]. Показатель смертности от ВЛТ в Российской Федерации к 1992 г. увеличился по сравнению с серединой 80-х годов на 28,6% [13,15].

Одной из форм ВЛТ является абдоминальный туберкулез (АТ). Под этим общим названием объединяют специфическое поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), брюшины, сальника, забрюшинных и мезентериальных лимфатических узлов и органов малого таза.

Развитие АТ с поражением органов ЖКТ чаще связано с основным процессом в легких (наиболее часто кавернозный туберкулез), его интраканаликулярным прогрессированием. Случаи алиментарного заражения с формированием в кишечнике первичного туберкулезного комплекса единичны.

По сведениям А.И. Струкова и И.П. Соловьевой (1986) виды АТ с поражением желудка и кишечника перестали встречаться на их материале с середины 60-х годов [13].

В настоящее время, по данным статистического учета, АТ занимает четвертое место среди всех форм ВЛТ, составляя от 1,6-3% до 8-16% в его структуре [7,8]. Заболеваемость АТ колеблется от 0,06 до 0,1 на 100 тыс. населения. Выявляемость АТ в Российской Федерации среди всего населения составила

0,005%, среди лиц с повышенным риском заболевания — 1,2% [14].

Из-за полиморфизма клинических проявлений и отсутствия четких диагностических критериев в большинстве случаев АТ протекает под маской других заболеваний (гастрита, энтерита, энтероколита, хронического панкреатита и др.) и выявляется преимущественно как операционная или секционная «находка», а его проявления с поражением ЖКТ, как правило, завершаются летально [12].

Материалы и методы

Проведен анализ 3295 протоколов патологоанатомического исследования из архива патологоанатомического отделения МУЗ «Клиническая больница № 1» г. Иркутска за 2001-2005 гг., с выделением всех случаев смерти от туберкулеза органов дыхания, которые рассмотрены отдельно, осложненных его абдоминальными формами. Применены методы статистического анализа полученных показателей.

Результаты и обсуждение

Из 3295 секционных наблюдений, туберкулез органов дыхания за период 2001-2005 гг. выявлен в 53 случаях (табл. 1). В структуре общей летальности по данным патологоанатомического отделения МУЗ «Клиническая больница № 1» на его долю пришлось 1,6%. Следует отметить, что в 1986 г. летальные исходы от туберкулеза по секционному материалу прозектур общего типа составляли 0,9% [11].

Таблица 1

Туберкулез различных локализаций в общей структуре летальности

Годы	Количество случаев туберкулеза			Соотношение числа случаев туберкулеза органов дыхания, не осложненных и осложненных
	различных локализаций, чел (% соотношения в общей структуре летальности)	органов дыхания не осложненных развитием АТ, чел. (% соотношения от общего показателя смертности по туберкулезу)	органов дыхания, осложненных развитием АТ, чел. (% соотношения от общего показателя смертности по туберкулезу)	
2001	3 (0,5%)	2 (66,6%)	1 (33,3%)	2:1
2002	9 (1,4%)	7 (77,7%)	2 (22,2%)	7:2
2003	9 (1,4%)	9 (100%)	0	9:0
2004	16 (2,4%)	11 (68,7%)	5 (31,3%)	11:5
2005	16 (2,3%)	9 (56,3%)	7 (43,7%)	9:7
Всего	53 (1,6%)	38 (71,7%)	15 (28,3%)	38:15

В 15 наблюдениях (28,3% от общего показателя смертности по туберкулезу) легочный туберкулез осложнился туберкулезом кишечника и желудка. По локализации туберкулезный процесс отмечен в следующих отделах ЖКТ: в желудке — в 2 случаях, в терминальном отделе подвздошной кишки — в 7, в слепой кишке — в 1, в терминальном отделе подвздошной кишки и слепой кишке — в 1, на всем протяжении тонкой кишки — в 2, по всей тонкой кишке и толстой кишке от слепой до середины нисходящей части поперечно-ободочной кишки — в 1, в дистальном отделе подвздошной кишки и толстой кишке от слепой до нисходящей части поперечно-ободочной кишки — в 1.

Патоморфологические изменения в кишечнике были представлены рассеянными очагами в виде нескольких круговых язв, расположенных поперек слизистой оболочки, или круглыми и неправильной формы язвами по длине слизистой.

При гистологическом исследовании в пораженных участках выявлялись очаги казеозного некроза со специфическими клетками туберкулезного воспаления.

В 12 (80%) случаях причина смерти больных была связана с осложнениями АТ в виде перфорации язв и развития перитонита.

Таблица 2

Абдоминальный туберкулёз в структуре общей летальности

Годы	Кол-во аутопсий	Число случаев туберкулеза органов дыхания осложненных АТ, чел.	Случаев АТ в общей структуре летальности, %
2001	635	1	0,2%
2002	634	2	0,3%
2003	646	0	0
2004	666	5	0,7%
2005	714	7	0,9%
Всего	3295	15	0,5%

Диагноз АТ клинически был поставлен после исследования операционного материала в 7 (47%) случаях, в остальных 8 (53%) — имела место посмертная диагностика заболевания.

В хирургические отделения больницы больные поступали с диагнозами: «Острый живот» — 12 человек, «Острый деструктивный панкреатит» — 1, «Неполный несформированный свищ слепой кишки» — 1, «Острый алкогольный панкреатит. Цирроз печени алкогольного генеза, декомпенсация» — 1.

Диагноз лёгочного туберкулеза клинически был выставлен в 11 из 15 наблюдений.

В четырех случаях больные находились на лечении в Иркутской городской инфекционной больнице по

поводу ВИЧ-инфекции («Героиновый гепатит с переходом в цирроз», «Ангиогенный сепсис. Догоспитальная пневмония», «Пневмония», «Колит»).

Во всех случаях АТ носил вторичный характер и являлся осложнением основного процесса в системе органов дыхания: «Казеозная пневмония с образованием острой каверны», «Острый кавернозный туберкулез», «Хронический крупноочаговый генерализованный туберкулез», «Туберкулезный бронхоаденит с поражением правого верхнедолевого бронха», «Фиброзно-кавернозный туберкулез», «Острый общий крупноочаговый гематогенно-диссеминированный туберкулез».

Соотношение мужчин и женщин составило 9 : 6. Возраст умерших от абдоминального туберкулеза варьировал от 18 до 54 лет. Они распределились на две основные группы: группа 1 (от 18 до 35 лет) составила 7, группа 2 (от 41 до 54 лет) — 8 человек.

В 1 группе преобладали наркоманы с ВИЧ-инфекцией (3 из 7 человек). Вторую группу составили лица из социально неблагополучных слоев населения, страдавшие хроническим алкоголизмом (алкогольный гепатит, портальный цирроз), лица отбывавшие наказание в местах заключения.

Длительность пребывания больных в стационаре была различной, но не превышала 13 суток.

Основные причины ошибочной диагностики АТ: 1) кратковременность пребывания больных в стационаре (для хирургических отделений); 2) неправильная трактовка клинических, рентгенологических данных; 3) неполное обследование больных; 4) недостаточный профессиональный уровень врачей части лечебных учреждений в плане выявления туберкулезной инфекции.

Диагностика туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети, инфекционных стационарах требует улучшения, в особенности в отношении социально-дезадаптированных лиц.

Таким образом, прижизненная диагностика АТ в настоящее время является неудовлетворительной. Его реальный уровень в должной степени не отражен действующей системой статистического учета. Увеличивается абсолютное число случаев туберкулеза органов дыхания, осложненных туберкулезом ЖКТ. В общей структуре летальности процент осложнений, связанный с АТ, неуклонно растет (0,2% — в 2001 г., 0,9% — в 2005 г.). Основной группой риска в развитии АТ как осложнения туберкулеза органов дыхания являются социально-дезадаптированные лица (БОМЖи, наркоманы, хронические алкоголики). Задача привлечения внимания врачей различных специальностей к проблеме туберкулеза, современным особенностям его течения и прогрессирования, методам диагностики в настоящее время является весьма актуальной.

ABDOMINAL TUBERCULOSIS ON THE SECTION MATERIAL OF PATHOLOGICAL DEPARTMENT OF IRKUTSK CLINICAL HOSPITAL № 1

V.A. Ageev, M.V. Vorontsova
(Irkutsk Clinical Hospital №1)

On the background of the tuberculosis epidemic deterioration in modern conditions of Russian Federation, the urgent problem of the extrapulmonary tuberculosis has occurred, in particular abdominal. The abdominal tuberculosis density grows in the structure of tuberculosis infections disease and the mortality increases from its complications. This article presents the data on the section research analysis of having died subjects in the surgical departments of Irkutsk Clinical Hospital №1 during 2001-2005 years.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев В.А., Бадретдинова Н.Б., Малыгина Н.И. Изменение форм легочного туберкулеза, его осложнений в структуре смертности на секционном материале прозектур г. Иркутска в 2000-2002 гг. // Сиб. мед. журнал. — 2004. — № 8. — С.79-81.
2. Агеев В.А., Костюнин К.Ю. Анализ заболеваемости и летальности от туберкулеза в 1999-2000 гг. в г. Иркутске и области // Сиб. мед. журнал. — 2002. — № 1. — С.67-69.
3. Агеев В.А., Маслаускене Т.П., Старцева Г.В. и др. Причины встречаемости туберкулеза (по данным патологоанатомического исследования) и организация раннего выявления туберкулеза в стационарах общей лечебной сети // Акт. проблемы общественного здоровья и здравоохранения в условиях ОМС. Вып. 5. / Под ред. Г.М. Гайдарова. — Иркутск, 2005. — С.128-132.
4. Беллиндр Э.Н., Васильев А.В., Тихидеев С.А. и др. Внелегочный туберкулез как организационная проблема современной фтизиатрии // XI съезд врачей фтизиатров: Сборник-резюме. — СПб., 1992. — С.209.
5. Васильев А.В., Гришко А.Н. Аспекты эпидемиологии // Внелегочный туберкулез. — СПб., 2000. — С.11-33.
6. Вишневская Е.Б. Методы выявления ДНК для диагностики внелегочного туберкулеза путем полимеразной цепной реакции: Метод. рек. № 991/154. — СПб.: Изд-во СПб. НИИ физиопульмон., 2000. — 10 с.
7. Диагностика и лечение внелегочного туберкулеза. Практич. рук-во // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 9. — С.32-42.
8. Зинчук А.Н., Гарасун Б.А., Шевченко Л.Ю. и др. Случай абдоминального туберкулеза: сложности диагностики // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 8. — С.56-57.
9. Левашев Ю.Н., Гарбуз А.Е. Внелегочный туберкулез // Проблемы туберкулеза. — 2001. — № 4. — С.4-5.
10. Маслаускене Т.П. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза в период ухудшения эпидемической ситуации // Акт. проблемы ВИЧ-инфекции и туберкулеза. — Иркутск, 2004. — С.23-28.
11. Пузик В.П., Уварова О.А., Авербах Н.М. Патоморфология современных форм легочного туберкулеза. — М.: Медицина, 1973. — 215 с.
12. Соловьева И.П., Флигель Д.М. Внелегочный туберкулез по прозекторским материалам // IX (XIV) съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров 5-7 окт. 1999г. г. Йошкар-Ола: Тезисы докладов. — М.-Йошкар-Ола, 1999. — С.192-193.
13. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях. — М.: Медицина, 1986. — С.137-138.
14. Шилова М.В., Гавриленко В.С. Справочник по противотуберкулезной работе. — М.: Грантъ, 1998. — 544 с.
15. Шилова М.В., Сон И.М. Эпидемиология туберкулеза внелегочных локализаций в России // Тр. XII Всеросс. научно-практич. конф.: Внелегочный туберкулез — актуальная проблема здравоохранения. — СПб., 1998. — С. 13.

© АКСЁНОВА Т.А., ПАРХОМЕНКО Ю.В., ИЛЬЯМАКОВА Н.А. — 2006

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ: АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ НА БРОНХИАЛЬНУЮ ПРОХОДИМОСТЬ

Т.А. Аксёнова, Ю.В. Пархоменко, Н.А. Ильямакова

(Читинская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.В. Говорин; кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — к.м.н., доц. В. В. Горбунов; кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Ю.В. Пархоменко; Дорожная клиническая больница ст. Чита-П, гл. врач — к.м.н. Е.Э. Миргород)

Резюме. Изучена бронхиальная проходимость на фоне лечения метопрололом у больных гипертонической болезнью с сопутствующими хроническими бронхитами. Обследовано 29 мужчин, страдающих гипертонической болезнью в сочетании с простым или обструктивным бронхитом. Контрольную группу составили 20 мужчин с гипертонической болезнью и длительным стажем курения. Больные обеих групп получали метопролола тартрат 50-100 мг/сутки. До начала и по окончании лечения была исследована функция внешнего дыхания. После лечения ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОС-75 и МВЛ не снижались. Уменьшение ОФВ₁ и ОФВ₁/ФЖЕЛ было минимальным. Не выявлено отрицательного влияния на бронхиальную проходимость при применении метопролола у больных гипертонической болезнью с сопутствующими бронхитами.

Ключевые слова. Метопролол, гипертоническая болезнь, хронические бронхиты, бронхиальная проходимость.

По литературным данным частота артериальной гипертензии у больных хроническим бронхитом и ХОБЛ достигает 34,4% [1]. Курение является фактором риска возникновения как гипертонической болезни (ГБ), так и хронических заболеваний легких.

В настоящее время для лечения ГБ широко применяются β-адреноблокаторы, благоприятно влияющие на продолжительность жизни и прогноз. В рекомендациях ОНК-VII β-адреноблокаторы рассматриваются в качестве препаратов первого ряда при лечении артериальной гипертензии, так как в контролируемых клинических исследованиях была показана их способность снижать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность [10].

Вместе с тем в реальной клинической практике β-адреноблокаторы используются не более чем у половины больных, нуждающихся в их применении [2]. Это связано с тем, что применение препаратов данной группы имеет ряд противопоказаний. Одним из относительных противопоказаний является наличие хронических обструктивных заболеваний лёгких, что обусловлено их

влиянием на β-адренорецепторы бронхиального дерева. Однако β₁-селективные блокаторы оказывают преимущественное воздействие на адренорецепторы сердечно-сосудистой системы, не влияя на β₂-адренорецепторы бронхов.

Одним из основных механизмов развития артериальной гипертензии является активация симпатико-адреналовой системы. Повышение уровня норадреналина при бронхиальной обструкции любой выраженности способствует становлению и прогрессированию артериальной гипертензии.

Все это обуславливает актуальность изучения возможности применения β-адреноблокаторов при гипертонической болезни с сопутствующими нарушениями бронхиальной проходимости.

Целью нашего исследования явилось изучение показателей бронхиальной проходимости у больных ГБ в сочетании с хроническими бронхитами на фоне краткосрочного лечения метопрололом.

Материалы и методы

Исследования проводились на базе Дорожной клини-