

О.А. Парпулова, И.Ф. Копылова, Т.И. Байбородова

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ**

Государственная медицинская академия (Кемерово)

В работе приведены результаты анализа 80 клинических случаев казеозной пневмонии. Согласно полученным данным, казеозная пневмония развивается преимущественно у социально дезадаптированных лиц, ее течение в большинстве случаев осложняется сопутствующей патологией и различными осложнениями. Эффективность консервативного лечения низкая — 12,5 %, летальность достигает 27,5 %. При длительном комплексном лечении казеозной пневмонии в исходе чаще всего формируется цирротический или фиброзно-кавернозный туберкулез легких, клиническое излечение достигнуто лишь путем оперативного лечения. Основными факторами, не позволяющими достичь необходимого эффекта, являются: позднее обращение пациентов за медицинской помощью после появления клинических симптомов заболевания, невозможность назначения адекватного режима химиотерапии, низкая комплаентность больных, алкогольная и наркотическая зависимость.

Ключевые слова: казеозная пневмония, эффективность консервативного лечения

**CURRENT FEATURES AND EFFECTIVENESS OF CONSERVATIVE TREATMENT
OF CASEOUS PNEUMONIA**

O.A. Parpulova, I.F. Kopylova, T.I. Bajborodova

Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo

In the work results of the analysis of 80 clinical cases of caseous pneumonia are resulted. According to the received data, caseous pneumonia develops mainly in socially dysadapted persons, its current in most cases is burdened by an accompanying pathology and various complications. The effectiveness of conservative treatment is low — 12,5 %, the mortality rate reaches 27,5 %. At long complex treatment of caseous pneumonia in an outcome most often cirrhotic or fibro-cavernous pulmonary tuberculosis is formed, clinical recovery is achieved only by surgical treatment. The main factors that do not let achieve the necessary effect are: late referral of patients for medical help after the onset of clinical symptoms, the inability to adequately destination mode chemotherapy, low patient compliance, alcohol and drug addiction.

Key words: caseous pneumonia, efficiency of conservative treatment

На фоне напряженной эпидемической обстановки по туберкулезу в Российской Федерации и в наибольшей степени в Сибирском Федеральном округе значительно участились случаи остро-прогрессирующего течения туберкулеза, представленные в основном казеозной пневмонией (КП). КП характеризуется резко выраженным казеозно-некротическим компонентом воспаления, формированием множественных полостей распада, массивным бактериовыделением и высокой летальностью [4]. Результаты лечения КП остаются крайне неудовлетворительными: летальность составляет от 25 до 70 % по данным разных авторов, прекращения бактериовыделения удается добиться не более чем в 9–16 % случаев, практически невозможно достигнуть клинического излечения при помощи консервативных методов [2, 3, 4].

В Кемеровской области частота казеозной пневмонии, как самостоятельной формы туберкулеза легких, выросла с 1,1 % в 1995 г. до 4,8 % — в 2007 г. [5], что обуславливает повышение интереса к этой проблеме.

Цель исследования — изучить особенности течения КП, оценить эффективность консервативных методов лечения и выделить факторы, влияющие на нее, в Кемеровской области.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализировано 80 клинических случаев КП, являвшихся самостоятельной клинической формой, у больных, лечившихся в стационарных отделениях Кемеровского областного клинического противотуберкулезного диспансера. Использовались общепринятые методы обследования и лечения. Средний срок пребывания в стационаре составил 152 койко-дня. 70 пациентов имели впервые выявленный туберкулез, 10 человек — рецидив заболевания.

В зависимости от этапа развития выделено четыре клинических варианта КП: ранний, инфильтративно-некротический, казеозно-деструктивный, терминальный [3, 4]. Ранний этап характеризовался умеренно выраженными интоксикационным и бронхитическим синдромами, множественными деструкциями, диаметром до 4 см, общим объемом поражения до 3 сегментов. При инфильтративно-некротическом варианте отмечалась ярко выраженная интоксикация. Общий объем поражения составлял более 3 сегментов, исключая тотальное поражение одного легкого; выявлялись множественные деструкции, диаметром 6–8 см. Казеозно-деструктивный вариант КП характеризовался ярко выраженной интоксикацией, клиническими признаками недостаточности коры надпочечников, выраженной дыхательной недо-

статочностью, часто — тотальным поражением легкого, полости деструкции составляли 6—8 см в диаметре. Терминальный этап КП определялся при развитии инфекционно-токсического шока с признаками полиорганной недостаточности, двустороннего тотального или субтотального поражения легких.

Специфическая химиотерапия не всегда проводилась с учетом лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза (МБТ) в связи с наличием противопоказаний к назначению препаратов резервного ряда.

Изучена возможность влияния на эффективность консервативного лечения и исходы КП 29 различных факторов, с помощью методов корреляционной статистики. Для их оценки все заболевшие разделены на три группы: **I группа (10 чел.)** — пациенты с эффективным курсом химиотерапии (ХТ) (достигнуто прекращение бактериовыделения и закрытие полостей распада), **II группа (48 чел.)** — с неэффективным курсом ХТ (не достигнуто указанного результата), **III группа (22 пациента)** — с летальным исходом. Для статистической оценки значимости выделенных факторов использовались общепринятые методы корреляционной статистики [6, 7].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех больных КП преобладали мужчины (62 чел., 77,5 %), лица молодого и среднего возраста (52 чел., 65 %). Доля социально дезадаптированных людей, к которым отнесены лица, не работающие в трудоспособном возрасте и/или не имеющие определенного места жительства, составила 80 % (64 чел.).

38,6 % (31 чел.) страдали хроническим алкоголизмом, 10 % (8 чел.) имели наркотическую зависимость, 80 % пациентов (64 чел.) были курящими, при этом 33,7 % (27 чел.) имели индекс курения более 25 пачко/лет. В анамнезе у 16,3 % пациентов (13 чел.) было указание на пребывание в местах лишения свободы, 61,3 % заболевших (49 чел.) имели достоверный контакт с бактериовыделителями. Только лишь четверть пациентов (20 чел.) своевременно проходила флюорографическое обследование.

Среди клинических вариантов КП преобладали казеозно-деструктивный (40 чел., 50 %) и инфильтративно-некротический (25 чел., 31,2 %). 13,8 % (11 чел.) пациентов поступили на этапе развития терминального варианта КП, и лишь 5 % (4 чел.) начали лечение на раннем этапе развития КП.

Рентгенологически в 76,3 % случаев (61 чел.) выявлялось распространенное (более одной доли) поражение легких, причем у 43,8 % больных (35 чел.) оно было двусторонним. У всех пациентов отмечалось массивное бактериовыделение, в половине случаев с лекарственной устойчивостью МБТ к химиопрепаратам (39 чел., 48,8 %), в том числе множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) определена в 28,9 % случаев (23 чел.).

Сопутствующие заболевания выявлены у 87,5 % больных КП (70 чел.), среди них: поражения печени

различной этиологии (алкогольные, вирусные, медикоментозные гепатиты и циррозы) — 43,8 % (35 чел.), клинически выраженная хроническая обструктивная болезнь легких — 21,3 % (17 чел.), сахарный диабет — 6,3 % (5 чел.), ВИЧ-инфекция — 7,5 % (6 чел.), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки — 3,8 % (3 чел.), психические заболевания и заболевания нервной системы — 5 % (4 чел.), дистрофия и кахексия — 61,2 % случаев (49 чел.).

В ходе лечения у 33,8 % пациентов (27 чел.) развились осложнения: геморрагическое — в 15 % случаев (12 чел.), в том числе один случай профузного легочного кровотечения, явившегося причиной смерти больного, плеврит — в 6,3 % (5 чел.), спонтанный пневмоторакс — в 5 % (4 чел.), формирование хронического легочного сердца — в 7,5 % (6 чел.).

Плохая переносимость ХТ и возникновение побочных реакций, требующих временной или окончательной отмены противотуберкулезных препаратов, наблюдались в 48,8 % случаев (39 чел.). Перерывы в лечении допускали 57,5 % больных КП (46 чел.), а отрывы от лечения зафиксированы в 17,5 % случаев (14 чел.).

Эффективным курс химиотерапии был признан в 12,5 % случаев (10 чел.), не получено эффекта в 60 % случаев (48 чел.), летальный исход наблюдался в 27,5 % случаев (22 чел.).

Из изученных 29 факторов выделено 9, оказавших статистически значимое влияние на эффективность лечения КП (табл. 1). В наибольшей степени ухудшали исходы КП алкогольная и наркотическая зависимость, позднее обращение за медицинской помощью и начало противотуберкулезной терапии, отрывы от лечения, а также наличие ВИЧ-инфекции, дистрофии и кахексии (коэффициент корреляции $Q = 0,8 - 1$).

Средняя степень корреляционной зависимости установлена между неблагоприятными исходами КП и туберкулезным процессом в виде рецидива, а также сопутствующей патологией печени (коэффициент корреляции $Q = 0,39 - 0,51$).

Статистически достоверных различий частоты ЛУ в трех группах выявлено не было, но в III группе прижизненно результаты тестов лекарственной чувствительности были получены лишь у 31,4 % больных (7 чел.), а медицинские и социальные противопоказания к назначению резервных противотуберкулезных препаратов определялись у всех пациентов.

В I группе лечение проводилось в соответствии со спектром лекарственной чувствительности при удовлетворительной переносимости ХТ, отрывов от лечения не было.

Во II группе лечение препаратами резерва было невозможно у 5 из 13 пациентов с МЛУ, остальным лечение проводилось в соответствии с результатами тестов лекарственной чувствительности к препаратам I и II ряда. Плохая переносимость ХТ отмечалась в 64,6 % случаев (31 чел.), отрывы от лечения зарегистрированы в 14,6 % случаев (7 чел.).

В I группе больных с достижением эффекта к окончанию курса лечения в 9 случаях из 10 сфор-

Факторы, влияющие на эффективность лечения КП

Факторы	Группы больных КП					
	I (10 чел.)		II (48 чел.)		III (22 чел.)	
	%	абс.	%	абс.	%	абс.
хронический алкоголизм	0	0	36,9	19	54,5	12
наркотическая зависимость	0	0	12,5	6	9	2
рецидив туберкулеза	10	1	8,3	4	22,7	5
позднее обращение за медицинской помощью и начало противотуберкулезной терапии	20	2	75	36	72,7	16
сопутствующая патология печени	20	2	22,9	11	63,3	14
дистрофия	50	5	54,2	26	72,7	16
ВИЧ-инфекция	0	0	8,3	4	9	2
отрывы от лечения	0	0	14,6	7	31,8	7

мировался цирротический туберкулез, лишь у 1 пациента достигнуто излечение с большими остаточными изменениями в виде пневмоцироза и плотных очагов.

Во II группе пациентов без достижения эффекта консервативной терапией во всех случаях сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких, впоследствии четверо из них были прооперированы с достижением клинического излечения.

ВЫВОДЫ

1. КП развивается преимущественно у социально дезадаптированных мужчин с сопутствующей соматической патологией, нередко — ВИЧ-инфекцией и протекает в большей части случаев в виде казеозно-деструктивного (50 %) и инфильтративно-некротического (31,2 %) вариантов, в 1/3 случаев сопровождаясь осложнениями.

2. Эффективность консервативного лечения КП низкая (12,5 %), летальность достигает 27,5 %.

3. Основными факторами, не позволяющими достичь прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада, являются: позднее обращение пациентов за медицинской помощью после появления клинических симптомов заболевания, невозможность назначения адекватного режима ХТ, низкая комплаентность больных, алкогольная и наркотическая зависимость.

4. При длительном комплексном лечении КП в исходе чаще формировался цирротический или фиброзно-кавернозный туберкулез легких, клиническое излечение достигалось, как правило, лишь путем оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбородова Т.И., Копылова И.Ф., Байбородов И.П. Лечение остропрогрессирующих форм деструктивного туберкулеза органов дыхания: Методические рекомендации для врачей. — Кемерово, 2009. — 20 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Дрыга О.П. Непосредственные и отдаленные результаты комплексного лечения остропрогрессирующего туберкулеза легких: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 2004. — 50 с.
4. Ерохин В.В., Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Гиллер Д.Б. Казеозная пневмония. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 192 с.
5. Кибрик Б.С., Черноокова О.Г. Казеозная пневмония: учебное пособие. — Ярославль, 2005. — 135 с.
6. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. Остропрогрессирующие деструктивные формы туберкулеза легких. — Ярославль, 2005. — 192 с.
7. Мерков А.М., Поляков А.Е. Санитарная статистика. — Л.: Медицина, 1974. — 385 с.

Сведения об авторах

Парпулова Ольга Александровна — клинический ординатор кафедры фтизиатрии КемГМА (650056, г. Кемерово, а/я 3887; тел.: (3842) 54-56-51; e-mail: Kemphtiza@mail.ru)

Копылова Инна Федоровна — докт. мед. наук, проф., зав. каф. фтизиатрии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, засл.врач РФ, г. Кемерово, 650056. а/я 3887, тел. 8(3842) 54-56-51, м.т. 89609218612, e-mail: Kemphtiza@mail.ru

Байбородова Тамара Ивановна — ассистент кафедры фтизиатрии КемГМА