

7. Справочник Видаль Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: АстраФармСервис, 1998. — 1600с.
8. Терапевтический справочник Вашингтонского университета: Пер. с англ. / Под ред. М. Вудли, А. Уэллен. - М.: Практика, 1995. - 832с.
9. Терапия: Пер. с англ. доп. // Гл. ред. А.Г. Чучалин. - М.: ГЭОТАР, 1996. - 1024с.
10. Чиркин А.А., О कोरोков А.А., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта: клинические симптомы, программы обследования больных, интерпретация данных / А.А. Чиркин, А.А. О कोरोков, И.И. Гончарик. - 2-е изд., стереотип. - Мн.: Беларусь, 1993. - 688с.
11. Ярошевский М.Г. История психологии. - 3-е изд., дораб. - М.: Мысль, 1985. - 575с.

© КОРЕЦКАЯ Н.М. -

УДК 616.24-002.5(571.51)

ЭВОЛЮЦИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И СОВРЕМЕННЫЕ ЕГО ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Н.М. Корецкая.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. АН ВШ д.м.н., проф. В.И. Прохоренков, кафедра туберкулеза, зав. - доцент Н.М. Корецкая)

Резюме. Проведенное изучение эволюции туберкулезного процесса в условиях Красноярского края за 23 года показало, что после положительных сдвигов в эпидемиологической ситуации по туберкулезу и охвате населения профилактическим флюорографическим обследованием в 1988 году по сравнению с 1977 годом, в 1999 году отмечалась обратная картина, сопровождающаяся учащением случаев заболевания женщин, утяжелением клинической структуры заболеваний, превалированием распространенных процессов и высокой склонностью к распаду легочной ткани.

Длительный период снижения показателя заболеваемости туберкулезом с последующей его стабилизацией сменился в 1991-1993 гг. периодом, характеризующимся ее увеличением, появлением остро прогрессирующих тяжелых форм туберкулеза и повышением смертности [6]. При этом рост показателя заболеваемости туберкулезом происходил на фоне значительного сокращения охвата населения профилактическим флюорографическим обследованием [1]. В условиях Сибирского региона в настоящее время сложилось крайне тяжелое положение с туберкулезом, которое грозит разразиться национальным бедствием в самое ближайшее время, если не будут приняты рациональные общегосударственные меры [5].

В этой связи изучение вопросов выявления и течения туберкулеза легких в Красноярском крае в динамическом аспекте является актуальной проблемой.

Материалы и методы

Проведен сравнительный анализ 1035 больных с впервые установленным диагнозом туберкулеза легких на контрольно-экспертной комиссии при Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере в 1977, 1988 и 1999 гг., т.е. за общий промежуток времени в 23 года. Изучен возрастно-половой состав, формы туберкулезного процесса, их рентгеноморфологическая характеристика и пути выявления заболевания. Соответственно по годам группы составили: I - 239, II - 334, III - 462 больных. По данным годовых отчетов в 1977 г. заболеваемость туберкулезом в крае была 66,1 на 100 тыс. населения, затем отмечалось ее снижение в 1988 г. до 41,2, а 1999 год характеризовался рос-

том этого показателя до 90,4 на 100 тыс. населения.

Результаты и обсуждение.

Как показало проведенное исследование, соотношение заболевших туберкулезом легких мужчин и женщин составляло в I и II группах 3,3:1, а в III - 2,2:1, т.е. имел место достоверный ($p<0,05$) рост числа заболевших женщин, что является очень плохим показателем, ибо известно, что здоровье женщин определяет здоровье нации. Среди заболевших отмечался достоверный рост городских жителей: так, если в I группе они составляли лишь 18,4%, во II - 28,1%, то в III - 37,9%.

Максимальное число заболевших туберкулезом в I и II группах приходилось на возраст 31-40 лет (табл.1) и соответственно составило 25,5% и 31,1%. В III группе оно переместилось на возрастную группу 41-50 лет; следует отметить, что пик заболеваемости до 1988г по стране приходился на возраст 40-49 лет [4]. Большинство заболевших были лица наиболее трудоспособного возраста.

Возрастные колебания между I и II группами были недостоверными ($p>0,05$). В III группе больных по сравнению со II отмечалось достоверное ($p<0,05$) увеличение заболевших в возрастных группах до 20 лет, 41-50 лет и старше 60 лет. Рост числа больных в возрасте старше 60 лет подтверждал отмеченный многими исследователями факт "постарения" туберкулеза [3].

Во всех трех группах инфильтративный и диссеминированный туберкулез легких неизменно занимали I и II место (табл.2), однако обращал на

себя внимание высокий уровень диссеминированного туберкулеза.

Таблица 1
Возрастная структура впервые выявленных больных в различные периоды (в %)

Возраст, годы	Годы наблюдения			p
	1977 (I)	1998 (II)	1999 (III)	
18-20	5,0	3,6	6,9	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}<0,05$ $P_{I-III}>0,05$
21-30	23,0	24,9	20,1	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}>0,05$
31-40	25,5	31,1	25,5	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}>0,05$
41-50	24,7	21,3	27,5	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}<0,05$ $P_{I-III}>0,05$
51-60	15,9	14,1	10,0	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}<0,05$
старше 60	5,9	5,0	10,0	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}<0,01$ $P_{I-III}<0,05$
Всего	100,0	100,0	100,0	

Таблица 2
Клиническая структура туберкулеза у впервые выявленных больных (в %)

Клиническая форма туберкулеза	Годы наблюдений			P
	1997 (I)	1998 (II)	1999 (III)	
Диссеминированный, в том числе милиарный	31,0	25,4	31,4	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}>0,05$
Очаговый	-	16,8	1,3	$P_{I-II}<0,001$ $P_{II-III}<0,001$ $P_{I-III}<0,001$
Инфильтративный, в том числе казеозная пневмония	50,6	44,6	48,7	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}>0,05$
Туберкулема	8,8	7,8	8,9	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}>0,05$ $P_{I-III}>0,05$
Кавернозный и фиброзно-кавернозный	9,6	5,2	9,7	$P_{I-II}>0,05$ $P_{II-III}<0,05$ $P_{I-III}>0,05$

Колебания процентного соотношения различных форм туберкулезного процесса между I и II группой были недостоверными ($p>0,05$) за исключением очагового туберкулеза, который не был диагностирован в I группе ни у одного больного, а во II группе составил 16,8% и занял 3 место в структуре заболевших.

В III группе отмечено достоверное учащение случаев кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза, количество которых достигло уровня в I группе, с одновременным высокодостоверным ($p<0,001$) снижением уровня очагового туберкулеза с 16,8% до 1,3%.

Таким образом, в настоящее время имеет место утяжеление структуры заболеваемости: учащаются случаи кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза и реже встречаются малые формы туберкулезного процесса.

Проведение сравнительной оценки объема поражения легочной ткани в I и II группах, показало достоверное ($p<0,05$) снижение частоты распространенных (в пределах более доли) процессов с одновременным достоверным ($p<0,05$) ростом и преобладанием ограниченных локализаций туберкулезного процесса во II группе больных, т.е. отмечалась положительная тенденция в течение туберкулезного процесса (табл.3).

Обратная картина наблюдалась в 1999 году: имело место высокодостоверное ($p<0,001$) снижение уровня ограниченных процессов с 65,1% во II группе до 30,1% в III, с одновременным достоверным ($p<0,05$) ростом числа распространенных в пределах доли и более ($p<0,001$) процессов. Следует также отметить, что в 1999 г. уровень ограниченных в пределах 1-2 сегментов процессов был значительно ниже, чем даже в 1977 году. Увеличение объема поражения легочной ткани в современных условиях отмечено и другими авторами [7]. Этот факт можно объяснить обострением экономической ситуации в стране в последнее десятилетие, что привело к резкому ухудшению условий жизни населения, и, соответственно, к снижению реактивности организма, а это в свою очередь повлекло за собой развитие форм туберкулезного процесса с преимущественно экссудативным типом воспаления. Отмеченные динамические изменения отразились и на фазе процесса. Достоверным ($p<0,001$) оказалось снижение частоты деструктивных процессов с 74,1% в I группе до 45,5% во II, что явилось одним из положительных проявлений патоморфоза туберкулеза. В 1999 году, наоборот, был отмечен резкий рост ($p<0,001$) процента деструктивных процессов, и он практически приблизился к уровню 1977 года.

Таким образом, в настоящее время туберкулез легких характеризуется высокой наклонностью к распаду легочной ткани, что подтверждает преобладание экссудативного характера воспаления над продуктивным.

Рассматривая методы выявления туберкулеза легких, мы отметили, что в I группе при профилатическом флюорографическом обследовании (ПФЛГО) заболевание было обнаружено у 33,0% больных, во II - отмечался достоверный ($p<0,001$) рост этого показателя до 59,6%, а в III - имело место высокодостоверное ($p<0,001$) его снижение по сравнению со II группой до 27,7%, что даже ниже уровня 1977 года.

Таблица 8

Характеристика туберкулезного процесса и методы его выявления у обследованных больных (в %)

Распространенность процесса, методы выявления		Число случаев по годам			Р
		1977 (I)	1988 (II)	1999 (III)	
Объем поражения легких	1-2 сегмента	54,4	65,1	30,1	$P_{I4I} < 0,05$ $P_{ц-ш} < 0,001$ $P_{ын} < 0,001$
	доля	23,8	21,6	27,7	$P_{ш} > 0,05$ $P_{ц-ш} < 0,05$ $P_{ын} > 0,05$
	больше доли	21,8	14,3	42,2	$P_{I-H} < 0,05$ $P_{I-I, I,} < 0,001$ $P_{мп} < 0,001$
Фаза распада		74,1	45,5	69,3	$P_{M1} < 0,001$ $P_{ii-iii} < 0,001$ $P_{MH} > 0,05$
Методы выявления туберкулеза	флюорография	33,0	59,6	27,7	$P_{м,} < 0,001$ $P_{,,ш} < 0,001$ $P_{MH} > 0,05$
	при обращении	67,0	40,4	72,3	$P_{M1} < 0,001$ $P_{,,ш} < 0,001$ $P_{цн} > 0,05$

Вероятно, такие колебания связаны с тем, что во II группе больных отмечалось увеличение частоты ограниченных процессов без деструкции легочной ткани, что обусловило менее выраженные клинические проявления заболевания; в III группе наблюдалась обратная картина, связанная с учащением экссудативного характера воспаления. С другой стороны, если в 1988 году имело место улучшение организации работы по раннему выявлению туберкулеза среди населения по сравнению с 1977 годом, то в 1999 году, наоборот, отмечалось ее ослабление. Достаточно констатировать тот факт, что охват населения края ПФЛГО в 1977 году составлял 60,5%, в 1988 году - 70,8%, а в 1999 году лишь 43,4%, что значительно ниже показателя 1977 года. Это связано, во-первых, с ухудшением материальной базы рентгенофлюорографической службы, отсутствием заинтересованности исполнительных органов и руководителей предприятий и организаций в привлечении населения к ПФЛГО и ослаблением контроля за решением этого вопроса со стороны органов государственного надзора; во-вторых, с отрицательным всеобщим "просвещением" населения страны по поводу лучевых нагрузок и появлением среди населения и медицинских работников необоснованной радиофобии.

Следует отметить также тот факт, что в III группе больных имел место высокий уровень неработающих (38,3%), пенсионеров и инвалидов (17,5%), т.е. категории лиц, которых наиболее трудно привлечь к ПФЛГО.

Литература

1. Аренский В.А., Нечаева О.Б. Об организации борьбы с туберкулезом в изменившихся эпидемиологических и экономических условиях // Съезд врачей-фтизиатров, 12-й: Сборник резюме. - Саратов, 1994. - С.7.

Таким образом, после положительных сдвигов в организации выявления туберкулезного процесса, а также его течения, в настоящее время на фоне падения жизненного уровня и ухудшающейся эпидемиологической ситуации, сокращения охвата населения ПФЛГО, туберкулез в Красноярском крае приобретает более злокачественное течение, связанное со снижением реактивности организма и преобладанием экссудативного компонента воспаления, что проявляется учащением случаев заболевания женщин, утяжелением структуры заболеваний, превалированием распространенных процессов и высокой склонностью к распаду легочной ткани.

THE EVOLUTION OF THE FIRST REVEALED TUBERCULOSIS AND ITS PRESENT FEATURES IN THE KRASNOYARSK REGION

N.M. Koretskaya

(Krasnoyarsk State Medical Academy)

The study of evolution of tuberculous process in the conditions of Krasnoyarsk region performed during 23 years has shown that after positive changes in epidemiological situation associated with tuberculosis and improvement in the population preventive photoroentgenographic inspection in 1988 in comparison with 1977, in 1999 an inverse picture was observed, which accompanied by deterioration of clinical picture in patients, prevalence of typical processes and high predisposition to disintegration of pulmonary tissue.

2. Гавриленко В.С., Хрулева Т.С. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных взрослых больных // Пробл. туб. - 1997. - №5. - С.9-11.

3. Гольдштейн В.Д., Довнар Р.С. К вопросу о заболеваемости туберкулезом органов дыхания лиц пожилого возраста в Московской области (1970-1992 гг.) // Съезд врачей-фтизиатров, 12-й: Сборник-резюме. - Саратов, 1994. - С. 15-16.
4. Жукова М.П., Пунга В.В., Ковалева С.И. и др. Заболеваемость туберкулезом населения СССР и основные тенденции ее динамики // Пробл. туб. - 1991. - №11. - С.22-24.
5. Краснов В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Западной Сибири // Национальный

- конгресс по болезням органов дыхания, 5-й: Сборник резюме. - М., 1995. - публ. 1760.
6. Хоменко А.Г. Туберкулез вчера, сегодня и завтра // Пробл. туб. - 1997. - №6. - С.9-11.
7. Худушина Т.А., Маслакова М.Г., Богущ А.Л., Федулова Г.В. Тенденции в клинико-социальной характеристике вновь выявленных больных туберкулезом легких // Съезд врачей-фтизиатров, 12-й: Сборник резюме. - Саратов, 1994. - С.43.

© КИРГИЗОВ И.В., СУХОРОУКОВ А.М., ДУДАРЕВ В.А. -
УДК 616.34-009.11-053.2-005.2

ИЗМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ

И.В. Киргизов, А.М. Сухоруков, В.А. Дударев.

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - акад. АН ВШ В.И. Прохоренков, кафедра хирургии ФУВ, зав. - проф. А.М. Сухоруков, ГКБ №20, г. Красноярск, глав. врач - доц. В.А. Фокин)

Резюме. Изучение микробиоценоза и системы гемостаза проводилось у 192 детей с различными формами хронических запоров. В ходе исследования впервые выявлены отличительные особенности изменения системы гемостаза при дисбактериозе у детей с компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной стадиями колостазов. Установлено, что при различной фазе дисбактериоза, в наибольшей степени страдает коагуляционный гемостаз: факторы внутреннего и внешнего механизма свёртывания крови, в основе которого лежит дефицит К-витаминов зависимых факторов (II, VII, IX, X). Со стороны тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза выявлялся эндотелиоз с компенсаторной дезагрегационной тромбоцитопатией и угнетением внутреннего пути фибринолиза. Наиболее грубые нарушения в системе гемостаза определялись при дисбактериозе III-IV степени у детей в декомпенсированной стадии хронического запора.

Несмотря на развитие современной медицины, колостаз остается серьезной и во многом не решенной проблемой колопроктологии. Неудовлетворенность клиническими результатами лечения [6,7,11,13] предполагает поиск новых путей решения данной проблемы. Ведущим в патогенезе хронических запоров по данным Г.И. Воробьева (1991), С Cortesmi (1995) последнее время, являются гипоганглиоз и дисганглиоз. Однако И.И. Аруин с соавт. (1998), проводя морфологическое исследование интрамуральных нервных сплетений при "мегаколон", только в 30% случаев выявил специфические изменения в их структуре. П.И. Коломейцев с соавт. (1998) не исключают вторичности подобных повреждений. Другим не мало важным фактором прогрессирования заболевания является дисбактериоз, поддерживающий расстройство гемостаза не только в толстой кишке, но и в организме в целом (П.Л. Щербаков, 1998). Отводится огромная роль микробиоценозу толстой кишки в выработке продуктов необходимых для синтеза основных звеньев системы гемостаза у детей, а также выделение токсинов, влияющих на гемостаз и тонус сосудов [3]. Возникает необходимость глубоко-

го изучения изменения системы гемостаза при дисбактериозе у детей с хроническими толстокишечными стазами. Интерпретация различной степени нарушения микробиоценоза толстой кишки с нарушением системы гемостаза, по-видимому, уточнит некоторые аспекты патогенеза данного заболевания и возможно поможет наметить пути коррекции выявленных нарушений.

Материалы методы

Исследование микробиоценоза проводилось у 192 детей с различными формами хронических запоров по классификации А.И. Ленюшкина (1999) (табл.1). Так, с компенсированной стадией

Таблица №1

*Распределение больных по стадиям заболевания
в зависимости от возраста*

Возрастные группы детей	Стадии заболевания					
	Компенсированная		Субкомпенсированная		Декомпенсированная	
	абс	%	абс	%	абс	%
11 суток - 1 год	3	1,5	-	-	-	-
2-3 года	9	4,7	15	7,8	-	-
4-7 лет	33	17,7	48	25,0	3	1,5
8-13 лет	12	6,2	30	15,6	3	1,5
13-15 лет	18	9,3	12	6,2	6	3,0
ИТОГО	75	39,6	105	54,1	12	6,2