

Е.Н. Стрельцова, Н.А. Степанова

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ, ВЫДЕЛЯЮЩИХ
ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЕ ШТАММЫ M. TUBERCULOSIS**

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

Проведено изучение клинико-рентгенологической картины больных туберкулезом легких, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы *M. tuberculosis* по данным ГУЗ ОПТД г. Астрахани. Показано отличие клинико-рентгенологической картины у больных лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких.

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза.

E.N. Streltsova, N.A. Stepanova

**CLINICAL X-RAY CHARACTERISTIC OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS
SECRETING DRUG RESISTANT STRAINS OF M.TUBERCULOSIS**

The clinical and X-ray symptoms of consumptive patients with *M.tuberculosis* having drug resistant strains of TB were studied in prophylactic centres of the Astrakhanian region. The difference of clinical and X-ray symptoms of patients secreting *M.tuberculosis* drug resistance and patients secreting *M.tuberculosis* drug sensitive was shown.

Key words: pulmonary tuberculosis, drug resistance, mycobacterium tuberculosis.

Одной из наиболее серьезных проблем современной фтизиатрии является лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза. Россия в этом отношении не составляет исключения, тенденция нарастания общей лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) и утяжеления ее структуры отмечены с начала 90-х годов прошлого века [3].

В настоящее время имеется тенденция к стабилизации основных показателей заболеваемости и смертности. Однако эффективность лечения впервые выявленных больных и больных с рецидивами заболевания остается достаточно низкой. Одной из главных причин низкой эффективности лечения является нарастание устойчивости МБТ к лекарствам [2].

В структуре множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) МБТ практически не встречается резистентность только к изониазиду и рифампицину, большее число случаев МЛУ «изониазид + рифампицин + стрептомицин» [1].

МЛУ МБТ в 2005 г. составила 17,8%, в 2006 г. – 20,3%. Наличие у больного туберкулезом легких лекарственно-устойчивых МБТ имеет не только клиническое и эпидемиологическое, но и большое экономическое значение, так как лечение таких больных обходится намного дороже, чем больных, выделяющих МБТ чувствительные к противотуберкулезным препаратам [4].

Цель работы: определить особенности клинической симптоматики и рентгенологической картины туберкулеза легких, вызванного лекарственно-устойчивыми штаммами *M. tuberculosis*.

Всего обследовано 104 больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (ЛУ ТБ), лечившихся стационарно в ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер» (ГУЗ ОПТД) г. Астрахани в 2008 г. Мужчин – 72 (69,2%), женщин – 32 (30,8%).

Возраст больных составил от 15 до 60 лет, 53,8% (56) больных ЛУ ТБ были в возрасте 26-45 лет.

Жителей г. Астрахани 45 (43,3%) больных, Астраханской области – 59 (56,7%). Впервые выявленных больных было 51 (49%), с рецидивом – 53 (51%).

Лица не работающие составили 74%.

Контакт с больным туберкулезом был установлен у 45 (43,3%) больных. Больше 1 года находились в пенитенциарных учреждениях 16 (15,4%) пациентов. Из очага смерти – 8 (7,7%) пациентов, из семейного контакта – 21 (20,2%) больной.

Выявлено по обращаемости 58 (55,8%) больных ЛУ ТБ, при рентгенологическом контроле – 22 (21,2%) и флюорографически – 24 (23,1%) больных.

Из 104 больных ЛУ ТБ легких 51 (49%) впервые приступили к лечению специфическими препаратами. Лечение проводилось по установленным стандартным режимам противотуберкулезной химиотерапии (согласно приказу № 109 МЗ РФ от 21.03.03 г.).

Группу сравнения составили 64 больных туберкулезом легких, выделяющих МБТ чувствительные ко всем противотуберкулезным препаратам (ЛЧ ТБ). Мужчин 38, женщин 26 в возрасте 19-62 лет. Ранее туберкулезом не болели и не имели контакта с бактериовыделителем 46 (71,9%) больных. С рецидивом процесса 18 (28,1%) пациентов. Выявлено флюорографически 45,3% пациентов, 46,9% – по обращаемости в общелечебную сеть и 7,8% больных выявлено по контакту.

По клиническим формам туберкулеза легких больные ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ по клиническим формам

Клиническая форма туберкулеза	ЛУ ТБ		ЛЧ ТБ	
	абс.	%	абс.	%
Диссеминированный	13	12,5	18	28,1
Инфильтративный	61	58,7	39	60,9
Кавернозный	5	4,8	7	10,9
Фиброзно-кавернозный	23	22,1	-	-
Туберкулема	1	0,9	-	-
Цирротический	1	0,9	-	-
Всего	104	100	64	100

Из таблицы 1 видно, что у всех больных чаще определялся инфильтративный туберкулез – 58,7% ЛУ ТБ и 60,9% ЛЧ ТБ. Фиброзно-кавернозный в 22,1% диагностировался у больных ЛУ ТБ.

При поступлении в стационар жалоб не предъявляли 12 (11,5%) больных ЛУ ТБ и 15 (23,4%) больных ЛЧ ТБ.

Распределение клинических симптомов у больных ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ отражено в табл. 2.

Из таблицы 2 видно, что наиболее выраженная клиническая картина отмечалась у больных ЛУ ТБ ($r=0,9$; $p<0,01$). В этой группе больных чаще, чем у больных ЛЧ ТБ, общее состояние оценивалось средней степени тяжести (16,3% против 14,1%).

Таблица 2

Выраженность клинических симптомов у больных ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ

Симптомы	ЛУ ТБ		ЛЧ ТБ	
	абс.	%	абс.	%
Кашель влажный	74	71,2	25	45,3
сухой	3	2,9	4	
Снижение массы тела	38	36,5	9	14,1
Слабость	37	35,6	24	37,5
Субфебрильная температура тела	37	35,6	19	29,7
Одышка	32	30,8	10	15,6
Ночная потливость	19	18,3	5	7,8
Боли в грудной клетке	13	12,5	0	-
Снижение аппетита	15	14,4	5	7,8
Осиплость голоса	9	8,7	0	-
Кровохарканье	8	7,7	1	1,6
Объективные данные: состояние удовлетворительное	87	83,7	55	85,9
средней степени тяжести	17	16,3	9	14,1
Характер дыхания: везикулярное	43	41,3	43	67,2
жесткое	7	6,7	0	-
с коробочным оттенком	6	5,8	0	-
ослабленное	13	12,5	10	15,6
Хрипы: влажные	24	23,1	12	18,8
сухие	26	25	2	3,1

Рентгенологическая картина 80 (76,9%) больных ЛУ ТБ и 31 (48,4%) – ЛЧ ТБ характеризовалась распространенным (долевое, полисегментарное) поражением легочной ткани ($r=0,4$) и у 24 (23,1%) и 33 (51,6%) соответственно – ограниченным (в пределах 1-2 сегментов), чаще односторонним ($r=0,9$) (табл. 3).

Частота сопутствующей патологии у больных исследуемых групп показана в таблице 4.

Таблица 3

Распространенность туберкулезного поражения легочной ткани у больных ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ, (%)

Клиническая форма	ЛУ ТБ		ЛЧ ТБ	
	1-2 сегмента	Более 2 сегментов	1-2 сегмента	Более 2 сегментов
Диссеминированный	-	11,5	-	28,1
Инфильтративный	19,2	39,4	43,8	17,2

Туберкулома	0,9	-	-	-
Кавернозный	1,9	2,8	7,8	3,1
Фиброзно-кавернозный	-	22,1	-	-
Цирротический	-	0,9	-	-
Всего	23,1	76,9	51,6	48,4

Таблица 4
Частота сопутствующей патологии у больных ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ

Сопутствующая патология	ЛУ ТБ (n = 104)		ЛЧ ТБ (n = 64)	
	абс.	%	абс.	%
Анемия	31	30	28	43,8
Алкоголизм	26	25	11	17,2
Гипертония	16	15,4	18	28,1
Заболевания глаз	14	13,5	10	15,6
Заболевания почек	9	8,7	17	26,6
Наркомания	7	6,7	1	1,6
Сахарный диабет	7	6,7	15	23,4
Сифилис	7	6,7	2	3,1

Из таблицы 4 видно, что в группе больных ЛУ ТБ чаще определялись социально значимые заболевания такие, как алкоголизм (25%), сифилис, наркомания по 6,7% ($r=0,5$).

У больных ЛУ ТБ чувствительность к туберкулину (р. Манту с 2 ТЕ) в 93,3% была нормергическая, в 1,9% – анергия, в 4,8% – гиперергия. У больных ЛЧ ТБ в 98% определялась нормергическая реакция на туберкулин.

В общем анализе крови больных ЛУ ТБ определялось ускоренное СОЭ (свыше 30 мм/ч) у 53 (51%) больных, анемия в 30% случаев, лимфопения в 20,2% и моноцитоз в 11,5%. Биохимические показатели крови превышали в 2-3 раза норму. Изменения гематологических показателей у больных ЛЧ ТБ не отличались от таковых у больных ЛУ ТБ.

Таким образом, клиническая симптоматика больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких более выраженная, чем у больных лекарственно-чувствительным. Рентгенологическая картина больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы *M. tuberculosis*, чаще характеризуется распространенным (более 2 сегментов) поражением, с распадом легочной ткани.

Выводы:

1. Выявление больных и ЛУ ТБ и ЛЧ ТБ чаще происходит по обращаемости в общелечебную сеть (55,8% и 46,9% соответственно), что свидетельствует о недостаточном охвате флюорографического обследования населения.
2. Из семейного контакта чаще выявляются больные ЛУ ТБ (20,2%), чем больные ЛЧ ТБ (7,8%).
3. Специфический процесс в легких, вызванный лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ, протекает с более выраженной клинической симптоматикой ($r=0,9$; $p<0,01$).
4. Рентгенологическая картина 76,9% больных ЛУ ТБ легких характеризовалась распространенным (долевое, полисегментарное) поражением легочной ткани, а больных ЛЧ ТБ в 48,4% случаев.
5. Из сопутствующих заболеваний в группе больных ЛУ ТБ чаще, чем у больных ЛЧ ТБ определялись алкоголизм, наркомания, сифилис ($r=0,5$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский Б.И., Стеклова Л.Н. Частота и структура лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза при различных локализациях заболевания // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 12. – С. 5-8.
2. Рабочее совещание ведущих фтизиатров России «Роль и место фторхинолонов в лечении больных туберкулезом» // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 6. – С. 38-42.
3. Хоменко А.Г., Голышевская В.И., Корнеев А.А. [и др.]. Распространенность штаммов *M. tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью // Реферативный сборник «Туберкулез». – 1999. – № 1. – С. 1-5.
4. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2006 г. – Воронеж: ВГПУ, 2007. – 150 с.

Стрельцова Елена Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой туберкулеза ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, email: agma@astranrt.ru

Степанова Наталья Александровна старший лаборант кафедры туберкулеза ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 49-71-28, stepaniida@ya.ru

