

Выводы

1. Показатели ВЖЛ, данные решения дискриминантного уравнения и ОСЛ могут быть использованы для оценки эффективности эфферентных методов лечения.

2. Среди существующих методов лабораторной и биологической оценки эффективности детоксикационной терапии наибольшей точностью обладают показатели внесосудистой жидкости легких.

3. При дренировании лимфы и проведении лимфосорбционной детоксикации наиболее простым, постоянным и точным является метод измерения объемной скорости лимфотока с учетом подпора венозного давления крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лимфосорбция – новый метод детоксикации организма. Гемосорбция [Текст]/Ю.М.Лопухин, М.Н.Молоденков, Б.К.Шуркалин//Труды 2-го МОЛГМИ.-М., 1977.-Т.80, Вып.17.-С.64-68.

2. Детоксикационная терапия [Текст]/Е.А.Лужников, Ю.С.Гольфарб, С.Г.Мусселиус.-СПб.: Лань, 2000.-192 с.

3. Лабораторные методы исследования в клинике: справочник [Текст]/Меньшиков В.В. [и др.]/ под ред. В.В.Меньшикова.-М.: Медицина, 1987.-368 с.

4. Лимфосорбция [Текст]/Панченков Р.Т. [и

др.].-М.: Медицина, 1982.-240 с.

5. Экспресс-метод определения токсических свойств крови и лимфы с помощью парамеций при экзо- и эндотоксикозах [Текст]/Г.А.Пафомов, Ф.А.Бурдыга, М.А.Ширнова//Современная медицина.-1980.-№1.-С.42-45.

6. Способ продолжительного измерения объемной скорости лимфотока из лимфатических протоков при их наружном дренировании и сборе лимфы [Текст]/К.В.Самсонов//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2002.-Вып.12.-С.63-65.

7. Новые способы диагностики бактериального эндотоксикоза при гнойно-некротических заболеваниях легких [Текст]/К.В.Самсонов//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2004.-Вып.18.-С.55-60.

8. Использование определения уровня средних молекул сыворотки как скрининга азотемии [Текст]/К.М.Тительман, Т.М.Мустафаева, И.К.Яновская//Лаб. дело.-1986.-№3.-С.143-145.

9. Бронхиальная астма [Текст]/А.Г.Чучалин.-М.: Агар.-1997.-Т.2.-395 с.

10. Overview of extracorporeal liver support systems and clinical results [Text]/McLaughlin D.T. [et al.]/Bioartificial organs II: Technology, medicine and materials.-1999.-Vol.875.-P.311-326.



УДК 616.24-002.5-055.1

И.Ю.Макаров, А.А.Григоренко

КЛИНИКО-АТОМИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ У УМЕРШИХ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА

ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия

РЕЗЮМЕ

Проведен клинико-анатомический анализ 317 случаев смерти взрослых от туберкулеза органов дыхания. Преобладающей причиной летального исхода является прогрессирование туберкулеза (93,7%) преимущественно в виде казеозной пневмонии (60,3%). В то же время нередко к летальному исходу приводят поликавернозный процесс с бронхогенной диссеминацией (28%) и гематогенная диссеминация (15%). Прогрессированию туберкулезного процесса с летальным исходом способствовало: позднее обращение к врачам, отказ от лечения или нерегулярность его проведения, наличие у больных первичной (48,7%) и развитие вторичной (80,4%) лекарственной устойчивости.

SUMMARY

I.I.Makarov, A.A.Grigorenko

CLINICO-ANATOMIC COMPARISONS
AT PATIENTS WHO HAVE
DIED OF TUBERCULOSIS

|| Three hundred and seventeen deaths from ||

pulmonare tuberculosis were clinical-anatomic analysis in adults (n=317). The prevailing reason of deaths was progressive tuberculosis (93,7%) mainly as caseous pneumonia (60,3 %) and the less frequent one was a multicavernous process with bronchogenic (28%) and a hematogenic dissimulation (15%). Progressive tuberculosis process with a lethal outcome promoted: delayed visits to a doctors, treatment errors due to their incomppliance, presence at sick primary (48,7%) and increas secondary (80,4%) drug resistans.

Анализ эпидемической ситуации по туберкулезу в мире за последнее десятилетие показал, что имевшие ранее место прогнозы о ликвидации туберкулеза как распространенного заболевания не оправдались. Темпы снижения заболеваемости туберкулезом в последние годы резко замедлились, и в настоящее время во всем мире отмечается тенденция к повышению заболеваемости туберкулезом и смертности от него [1, 2]. Не является исключением и Дальневосточный регион. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Амурской области остается стабильно напряженной. Однако в 2005

году удалось добиться некоторого снижения заболеваемости туберкулезом в области на 15% по сравнению с 2004 годом, что составило 147,3 на 100 тыс. населения. Данный показатель в 1,8 раз выше, чем в среднем по Российской Федерации.

Наиболее важным показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию, является смертность от туберкулеза, которая увеличилась в 2005 году на 7,2% и составила по территории области 44,4 на 100 тыс. населения, что выше общероссийского показателя в 2 раза. Наряду с катастрофическим ростом эпидемиологических показателей туберкулез приобретает более злокачественное течение, по клинко-морфологическим проявлениям приближаясь к чахотке доантибактериальной эпохи. Изучению летальных исходов от туберкулеза в последние годы посвящено немного работ [3, 4, 5].

Материал и методы исследования

Проведен анализ 317 случаев смерти взрослых от туберкулеза органов дыхания за 5 лет (2000-2004 гг.) в стационарных отделениях Амурского областного противотуберкулезного диспансера и специализированном фтизиопульмонологическом отделении Усть-Ивановского психоневрологического диспансера. Вскрытию подвергнуто 264 (83,5%) умерших. Диагноз туберкулеза у нескрытых не вызывал сомнений. Материалами для исследования послужили клинические истории болезни умерших, амбулаторные карты, протоколы вскрытий. Изучен состав умерших, причины летальных исходов, особенности морфологических проявлений туберкулеза в современных условиях.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди умерших в 2000-2004 гг. преобладали мужчины – 89,9% (289 человек) и лица работоспособного возраста – 83% (n=271). Из отдельных возрастных групп наиболее высок удельный вес больных 40-49 лет – 37,5%. Среднестатистический возраст умерших составил 45,4 года. Женщины умирали в более молодом возрасте – в среднем в 41,7 года. Омоложение состава умерших зарегистрировано за счет мужчин. По социальному составу обращает на себя внимание крайне низкий удельный вес работающих – 6% (19 человек). При этом количество неработающих в трудоспособном возрасте и не имеющих инвалидности составило 39,1% (n=123). Из них значительную часть составили лица без определенного места жительства (n=63). Обращает на себя внимание сравнительно высокий образовательный ценз умерших. Лица со средним и средне специальным образованием составили 74,8%, с высшим – 2,3%. Эти показатели заметно увеличились за последние 2 года. Удельный вес лиц с образованием до 7 классов сократился с 34,9 до 22,9%.

Почти половину больных составили одинокие, 21,8% проживали с родственниками, лишь 25,8% имели свою семью. В анамнезе пребывание в учре-

ждениях уголовно-исправительной системы отмечено в 47,3% случаев. При этом данный показатель заметно сократился с 2000 по 2004 гг. с 55,6 до 40,7%. Почти половину данной группы (21,2% всех больных) составили лица с длительностью пребывания в заключение более 10 лет или с повторными пребываниями. Злоупотребление алкоголем отмечено у 40,3% умерших, при этом этот показатель снизился за изученный период с 47,9 до 34%, 8 человек страдали наркоманией. Как видно из приведенных данных, социальный состав больных с 2000 по 2004 гг. несколько улучшился.

Исходную форму туберкулеза при выявлении удалось установить у 273 из 317 больных. Большую часть (60,3%, или 191 человек) составили излечимые формы. Основной причиной прогрессирования своевременно выявленного туберкулеза оказалось неполноценное лечение – у 135 (71%) из 191 больного. Чаще всего имело место уклонение больных от достаточно длительного и регулярного приема антибактериальных препаратов: 48,6% (93 человека). В то же время существенное значение в проведении некачественного лечения имели дефекты в обеспечении туберкулезных учреждений противотуберкулезными препаратами и наличие у больных первичной лекарственной устойчивости (48,7%). Некачественное лечение в свою очередь способствовало развитию вторичной лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза к антибактериальным препаратам. В 2000 году она составила 73,0%, а в 2004 году возросла до 80,4%. Развившаяся устойчивость препятствовала дальнейшему эффективному лечению больных.

Немаловажное значение среди причин летальных исходов имело и позднее выявление туберкулеза, наблюдавшееся в 39,7% случаев. Запущенные формы туберкулеза представлены фиброзно-кавернозным процессом (n=62), казеозной пневмонией (n=21), диссеминированным туберкулезом с распадом (n=6) и милиарным процессом (n=1).

О значительной роли позднего выявления туберкулеза свидетельствуют и такие данные: у 33% (104 человека) продолжительность жизни с момента выявления заболевания до смерти составила от 2 до 5 лет, а у 26,9% (85 человек) не более года, в том числе у 12,3% (39 человека) до 1 месяца.

По данным патологоанатомического исследования (264 умерших) наиболее частой клинической формой туберкулеза оказалась фиброзно-кавернозная – 62,2% (n=164). Причем наблюдается ежегодный рост смертности от этой формы легочного туберкулеза. Если в 1997 году в структуре смертности она составляла 42,7%, то в 2001 году 80,1%. Значительно реже причиной смерти явились другие формы: инфильтративная – у 16,3% (n=43), диссеминированная – 10,2% (n=27), милиарная – у 6,2% (n=16), казеозная пневмония – у 6,8% (n=18), цирротическая – у 1% (3 больных). В 12 случаях (4,5%) имела место гипердиагностика острой

пневмонии, маскировавшей активный туберкулез легких, в двух случаях (0,7%) гипердиагностика рака легкого.

Несовпадение по клиническим формам туберкулеза по данным клинического и патологоанатомического исследований имело место в 9,7% случаев (у 20 больных). Преобладали гипердиагностика фиброзно-кавернозного туберкулеза и гиподиагностика инфильтративного процесса – по 3,9% (по 8 больных). В 5 случаях имела место гипердиагностика казеозной пневмонии и в 3 случаях ее гиподиагностика. Комбинированные заболевания у умерших от туберкулеза зарегистрированы при вскрытии у 6,1% (n=16). Наиболее часто туберкулез сочетался с неспецифическими воспалительными заболеваниями и новообразованиями.

Обращает на себя внимание высокая частота сочетания поражения легких с другими локализациями туберкулеза – 33,7% (89 больных). Наиболее часто отмечено вовлечение в процесс внутригрудных лимфатических узлов – 23,8% (63 случая). Поражение внутригрудных лимфатических узлов встречалось в любом возрасте, но несколько чаще до 39 лет и старше 50 лет. Гематогенное обсеменение наблюдалось одинаково часто в печени и селезенке – по 6,4% (по 17 больных). Туберкулез кишечника установлен у 5 человек, перикардит туберкулезной этиологии – также у 3. В единичных случаях выявлено поражение почек, мозговых оболочек, мезентериальных лимфатических узлов, миокарда.

Клиницистами при жизни больных ни в одном случае не диагностированы поражения внутригрудных лимфатических узлов, селезенки, печени, перикарда, почек, миокарда. Диагностика туберкулеза этих локализаций в сочетании с тяжелыми легочными формами крайне затруднена. Туберкулез кишечника патоморфологически зарегистрирован у 5 больных, клиницистами – у 8, гипердиагностика имела место в 4 случаях и гиподиагностика – в 1.

У 190 (72,3%) умерших из 264 подвергнутых вскрытию зафиксированы специфические осложнения в виде казеозной пневмонии или поражения туберкулезом других органов. Патоморфологически, наиболее частым специфическим осложнением явилась казеозная пневмония – 52,8% (n=139). Гематогенная диссеминация в другие органы отмечена у 25,6% больных. Заметно ниже оказалась частота неспецифических осложнений – 57% (n=118) больных. Наиболее частым неспецифическим осложнением явилось формирование хронического легочного сердца – 28% (58 больных). Обращает внимание высокая частота несовпадения этого осложнения по данным клинического и патологоанатомического исследований. Особенно высокая частота клинической гипердиагностики. Амилоидоз паренхиматозных органов установлен патоморфологически у 4,3% больных. Значительна клиническая гипердиагностика его. Это связано с определенными трудностями распозна-

вания при жизни этого осложнения и нецелесообразностью биопсии у умирающих. Остальные осложнения (эмпиема, ателектаз, патологический пневмоторакс, пиопневмоторакс, отек легких и головного мозга, абсцедирование каверны, аспергиллез) встречались в единичных случаях.

Сопутствующие заболевания клинически по данным историй болезни установлены у 74,2%, патологоанатомически подтверждены лишь у 28,5%. Из сопутствующих заболеваний нередко встречались: хронический бронхит, гепатит, хронический пиелонефрит, язвенная болезнь желудка. Сахарный диабет отмечен лишь у одного больного.

Больные, за небольшим исключением, умерли от прогрессирования туберкулезного процесса – 93,7% (247 из 264 вскрытых). Наиболее частым проявлением прогрессирования туберкулезного процесса явилась казеозная пневмония: преимущественно как осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза – 53,5% (141) и реже как самостоятельная клиническая форма туберкулеза – 6,8%

(18). Таким образом, казеозная пневмония зарегистрирована в целом у 60,3% (у 159) умерших от легочного туберкулеза больных. Нередко к летальному исходу приводили поликаверноз с бронхогенной диссеминацией (28%), гематогенная диссеминация (15%). Редкими причинами летальных исходов явились декомпенсированное легочное сердце (5,8%), легочное кровотечение (3,9%), в единичных случаях – эмпиема и уремия.

Таким образом, в современных условиях преобладающей причиной летального исхода является прогрессирование туберкулеза (93,7%) преимущественно в виде казеозной пневмонии (60,3%). В то же время нередко к летальному исходу приводят поликавернозный процесс с бронхогенной диссеминацией (28%) и гематогенная диссеминация (15%). Прогрессированию туберкулезного процесса с летальным исходом способствовало: позднее обращение к врачам, отказ от лечения или нерегулярность его проведения, наличие у больных первичной (48,7%) и развитие вторичной (80,4%) лекарственной устойчивости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез: медико-социальные аспекты [Текст]/А.В.Берестова//Архив патологии.-1999.-Т.61, №5.-С.81-84.
2. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира [Текст]/Ф.Е.Вартанян, К.П.Шаховский//Пробл. туб.-2002.-№2.-С.48-50.
3. Танатогенез туберкулеза и патологическая анатомия казеозной пневмонии [Текст]/Земскова З.С. [и др.]//Пробл. туб.-1996.-№6.-С.38-41.
4. Танатогенез туберкулеза органов дыхания в современных условиях [Текст]/Г.В.Кобелева, И.Ф.Копылова //Пробл. туб.-1997.-№1.-С.35-37.
5. Состав и морфологическая характеристика летальных исходов от туберкулеза [Текст]/Г.В.Кобелева, И.Ф.Копылова, Е.А.Григорьева //Пробл. туб.-2002.-№5.-С.52-55.