

Корецкая Н.М., Амельчукова А.В.

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
г. Красноярск

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ДИСSEМИНИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Проанализировано 143 случая диссеминированного туберкулеза легких, впервые выявленного в 2008-2009 гг.. Выделены современные особенности клинико-социальной характеристики больных данной формой туберкулезного процесса в Красноярском крае; доказаны определяющее значение экзогенной суперинфекции и важная роль сопутствующей патологии в развитии заболевания.

Ключевые слова: диссеминированный туберкулез; клиника; диагностика.

Koretskaya N.M., Amelchukova A.V.

Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk

CLINICAL AND SOCIAL DIMENSION CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DISSEMINATED PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE KRASNOYARSK TERRITORY

143 cases of disseminated pulmonary tuberculosis diagnosed for the first time in the years of 2008-2009 were analyzed. Modern clinical and social dimension characteristics of patients with this type of tuberculosis in the Krasnoyarsk Territory were identified; defining significance of exogenic superinfection and a very important part of comorbidity in its development was proved.

Key words: disseminated pulmonary tuberculosis; clinic; diagnosis.

Диссеминированный туберкулез легких, по образному выражению М.С. Греймер с соавт. (1991), считается «маркером неблагоприятных факторов разных аспектов фтизиатрии» [1]. В ус-

ловиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу, наступившей в нашей стране в начале 90-х годов XX столетия, удельный вес этой формы специфического процесса вырос в 1,5-2 раза [2], составляя в различных регионах от 5 до 27 % [3, 4].

В последние годы в Красноярском крае на долю диссеминированного туберкулеза приходится свыше 30 %. Столь высокий удельный вес данной формы специфического процесса является региональной осо-

Корреспонденцию адресовать:

КОРЕЦКАЯ Наталья Михайловна,
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1.
Тел. 8(3912)61-76-82, сот. +7-902-923-66-57.
E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

бенностью структуры заболеваемости туберкулезом [5]. В этой связи изучение современных особенностей диссеминированного туберкулеза представляется нам весьма актуальным, особенно с учетом отмечаемой сложности его диагностики [6].

Цель исследования — установление современных особенностей клинико-социальной характеристики больных диссеминированным туберкулезом легких в Красноярском крае.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования явились 143 больных диссеминированным туберкулезом легких, впервые выявленных в 2008-2009 гг. и проходивших стационарный этап лечения в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере № 1. Анализировался возрастнополовой состав, социальный статус, образовательный уровень, наличие контакта с больными туберкулезом и его характера, наличие сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек. Учитывался путь выявления заболевания, срок прохождения флюорографического обследования (ФЛГО), предшествовавшего выявлению специфического процесса; оценивались характер начала болезни, наличие симптоматики и ее характера, физикальные и лабораторные данные; протяженность поражения, фаза процесса; наличие внелегочных локализаций, сочетающихся с поражением легких.

Изучались частота бактериовыделения и его характер, биологические свойства возбудителя (лекарственная резистентность и жизнеспособность). Бактериовыделение определялось методом люминесцентной микроскопии и путем посева мокроты на питательные среды до начала проведения лечения, после чего проводился анализ лекарственной чувствительности штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) стандартным методом абсолютных концентраций с использованием среды Левенштейна-Йенсена к 4 антибактериальным препаратам основного ряда (изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол) и 3 препаратам резервного ряда (протионамид, канамицин, фторхинолоны).

Наличие лекарственной устойчивости к двум и более препаратам расценивалось как полирезистентность; штаммы, обладающие лекарственной устойчивостью одновременно к изониазиду и рифампицину, независимо от наличия устойчивости к другим противотуберкулезным препаратам, обозначались как штаммы с множественной лекарственной устойчивостью. Характер жизнеспособности МБТ оценивался по скорости и массивности роста. Появление колоний МБТ в срок до 30 дней оценивалось как быстрый рост, свыше 30 дней — как замедленный. Высокой

жизнеспособностью характеризовались МБТ, культуры которых давали рост в течение 30 суток (от начала посева мокроты) с числом колоний более 100; низкой жизнеспособностью обладали МБТ, растущие свыше 30 суток и количеством колоний менее 20 [7].

При статистическом анализе применялись относительные показатели; достоверность различий определялась по критерию t Стьюдента (распределение носило нормальный характер, что подтверждено критерием Колмагорова-Смирнова).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди заболевших преобладали мужчины ($72,0 \pm 3,8 \%$). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-19 лет — $2,1 \pm 1,2 \%$; 20-29 лет — $12,6 \pm 2,8 \%$; 30-39 лет — $23,7 \pm 3,6 \%$; 40-49 лет — $32,9 \pm 3,9 \%$; 50-59 лет — $22,4 \pm 3,5 \%$; 60 лет и старше — $6,3 \pm 2,0 \%$, то есть максимальный удельный вес приходился на лиц в возрасте старше 30 лет. Соотношение городских и сельских жителей составило 1 : 3,6.

Преобладало неорганизованное население — $81,1 \pm 3,3 \%$, из них неработающие лица трудоспособного возраста — $69,9 \pm 3,8 \%$, пенсионеры — $9,8 \pm 2,5 \%$, инвалиды — $1,4 \pm 1,0 \%$. Среди организованного населения $12,6 \pm 2,3 \%$ приходилось на лиц рабочих профессий, $2,1 \pm 1,2 \%$ — на служащих, $1,4 \pm 1,0 \%$ — на учащихся и студентов; $2,8 \pm 1,4 \%$ составили частные предприниматели. Среднее образование имели $45,4 \pm 4,2 \%$ больных, средне-специальное — $25,9 \pm 3,7 \%$, высшее — $4,9 \pm 1,8 \%$; $23,8 \pm 3,5 \%$ имели начальное и незаконченное среднее образование; последнее, несомненно, сказывалось на уровне их санитарной грамотности. Семью имели $49,0 \pm 4,1 \%$. Большинство больных ($72,7 \pm 3,7 \%$) проживали в частных домах, $18,9 \pm 3,3 \%$ — в благоустроенных квартирах, $7,0 \pm 2,1 \%$ — в общежитиях; $1,4 \pm 1,0 \%$ являлись лицами БОМЖ.

Половина пациентов ($49,0 \pm 4,2 \%$) указывали на контакт с больными туберкулезом в анамнезе, из них у $21,0 \pm 3,4 \%$ он был семейным, у $18,2 \pm 3,2 \%$ — бытовым, у $9,1 \pm 2,4 \%$ — в местах лишения свободы, у $0,7 \pm 0,7 \%$ — профессиональным. Следует отметить, что частота установленного контакта по нашим данным была значительно выше данных, приводимых в литературе [8, 9]. Столь высокая частота установленного контакта с больными туберкулезом свидетельствует о ведущей роли экзогенной суперинфекции в патогенезе диссеминированного туберкулеза в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации.

Особо следует подчеркнуть значение заболеваний группы повышенного риска для развития диссеминированного туберкулеза: их имели $52,4 \pm 4,2 \%$ пациентов (хронический бронхит — $31,4 \pm 3,8 \%$, нар-

Сведения об авторах:

КОРЕЦКАЯ Наталья Михайловна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой туберкулеза с курсом ПО, ГОУ ВПО «КрасГМУ Росздрава» им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия. E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

АМЕЛЬЧУКОВА Алена Валериевна, ассистент, кафедра туберкулеза с курсом ПО, ГОУ ВПО «КрасГМУ Росздрава» им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия.

комания — $7,0 \pm 2,1$ %, хронический алкоголизм — $4,9 \pm 1,8$ %, ВИЧ-инфекция — $4,2 \pm 1,7$ %, сахарный диабет и психические заболевания — по $2,1 \pm 1,2$ %). Среди больных диссеминированным туберкулезом были распространены и вредные привычки: $11,8 \pm 2,7$ % злоупотребляли алкоголем, $85,3 \pm 3,0$ % курили.

Изучение сроков прохождения ФЛГО, предшествующего выявлению заболевания, показало, что в срок до 1 года оно проводилось у $31,4 \pm 3,9$ % заболевших, от 1 до 2 лет — у $20,3 \pm 3,4$ %, от 2 до 3 лет — у $9,1 \pm 2,4$ %, более 3 лет — у $39,2 \pm 2,0$ %. Следовательно, у половины пациентов ($48,3 \pm 4,2$ %) были нарушены декретированные сроки проверочного ФЛГО, что практически совпадает с данными, полученными нами [10] для другой формы туберкулезного процесса — инфильтративной.

При обращении к врачу с жалобами, связанными с туберкулезным процессом, было выявлено $45,5 \pm 4,2$ % заболевших ($42,0 \pm 4,1$ % — в поликлинике, $3,5 \pm 1,5$ % — в стационаре). У $54,5 \pm 4,2$ % больных туберкулез был выявлен активно, при этом на долю плановых массовых проверочных ФЛГО приходилось лишь $18,9 \pm 3,3$ %. В остальных случаях специфический процесс был выявлен при прохождении ФЛГО в поликлинике и стационаре по поводу различных заболеваний — $16,8 \pm 3,1$ %, устройства на работу — $8,4 \pm 2,3$ %, обследования контактов в противотуберкулезных учреждениях — $7,0 \pm 2,1$ %, по линии военкомата и при прохождении МСЭК — по $0,7 \pm 0,7$ %. Низкий удельный вес больных, выявленных при массовых проверочных ФЛГО, связан, на наш взгляд, с высокой долей среди заболевших неорганизованного населения, наиболее трудно привлекаемого к этому обследованию.

Следует отметить, что из 75 больных, выявленных активно, 40 ($53,3 \pm 7,9$ %) имели симптоматику, причем у подавляющего числа ($82,5$ %) она превышала 3 месяца. Однако за медицинской помощью эти пациенты не обращались. Данный факт, наряду с установленным несоблюдением регулярности прохождения профилактического ФЛГО, связан с небрежным отношением к своему здоровью и низкой санитарной грамотностью населения Красноярского края, что требует усиления работы по санитарному просвещению.

Острое начало заболевания наблюдалось редко ($9,1 \pm 2,4$ % больных), что значительно ниже данных, приводимых в литературе для диссеминированного туберкулеза легких по другим регионам [8, 9], подострое — у $66,5 \pm 3,9$ %. Бессимптомное начало заболевания имело место в $24,4 \pm 3,6$ % случаев, что в 2 раза выше данных, приводимых другими авторами [11, 12]. У больных, имевших симптоматику, интоксикационный синдром чаще всего проявлялся слабостью ($75,0 \pm 4,2$ %), повышением температу-

ры до субфебрильных и фебрильных цифр ($17,6 \pm 3,4$ % и $26,8 \pm 4,3$ %, соответственно), ночной потливостью ($8,3 \pm 2,6$ %), похуданием ($33,3 \pm 4,5$ %). Бронхолегочная симптоматика характеризовалась, прежде всего, наличием кашля с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты ($39,8 \pm 4,7$ % и $19,4 \pm 3,8$ %, соответственно), сухим кашлем ($20,4 \pm 3,9$ %); одышка при физической нагрузке беспокоила $53,7 \pm 4,8$ % больных, в покое — $4,6 \pm 2,0$ %. Боли в грудной клетке, связанные с дыханием, отмечали $12,0 \pm 3,1$ % пациентов. Кровохарканье наблюдалось очень редко и имело место лишь у одного больного ($0,9 \pm 0,9$ %).

Физикальное обследование установило измененный характер дыхания у всех больных, причем в большинстве случаев ($62,2 \pm 4,0$ %) определялось бронхиальное дыхание над зоной поражения легочной ткани, реже жесткое ($29,3 \pm 3,8$ %) и ослабленное ($8,3 \pm 2,3$ %). Особо необходимо отметить дефицит массы тела, наблюдавшийся у $97,9 \pm 3,8$ % пациентов, причем у каждого третьего из них он составлял от 10 до 30 кг.

Изучение гемограмм показало, что среднее количество лейкоцитов составило $8,1 \pm 0,3 \times 10^9$, при этом лейкоцитоз свыше $10,0 \times 10^9$ имели лишь $18,1 \pm 3,2$ % больных, что значительно отличается от литературных данных [13]. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево наблюдался в $14,4 \pm 3,1$ % случаев. У $54,5 \pm 4,1$ % больных имелась лимфопения; моноцитоз определялся у $11,1 \pm 2,6$ %. По нашим данным, последний показатель был в 4 раза ниже приводимого для диссеминированного туберкулеза легких в литературе [13]. Увеличение СОЭ наблюдалось у всех больных, при этом выраженное (свыше 35 мм/час) в $58,1 \pm 4,1$ % случаев. Средняя величина СОЭ составила $36,1 \pm 1,6$ мм/час.

Рентгено-томографическое исследование установило, что удельный вес бисегментарных поражений составил лишь $14,0 \pm 3,0$ %; поражение верхних долей наблюдалось в $33,5 \pm 4,0$ % случаев, тотальное обоих легких — в $52,5 \pm 4,1$ %. Следовательно, в современных условиях диссеминированный туберкулез легких характеризуется распространенностью поражения, что, несомненно, отражается на частоте деструкции легочной ткани, которая имела место в $62,9 \pm 4,0$ % случаев, что отмечают и по другим регионам России [8, 13, 14].

Поражение легочной ткани сочеталось с поражением гортани в $2,8 \pm 1,4$ % случаев, плевры, почек и костей — по $0,7 \pm 0,7$ %, то есть сочетанная патология наблюдалась в $4,9$ %, что значительно ниже данных, приводимых в литературе [9, 14].

Фибробронхоскопия была проведена 47 больным ($32,8$ %); неспецифический эндобронхит выявлен у $51,1 \pm 7,3$ % обследованных, специфическое поражение бронха не было выявлено ни в одном случае.

Information about authors:

KORETSKAYA Natalia Mihailovna, doctor of medical sciences, professor, Krasnoyarsk state medical university of V.F. Vojno-Yasenetskij, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: kras-kaftuber@mail.ru

AMELCHUKOVA Alena Valerievna, assistant, Krasnoyarsk state medical university of V.F. Vojno-Yasenetskij, Krasnoyarsk, Russia.

Бактериовыделение имело место у $76,9 \pm 3,5$ % больных, причем в $58,7 \pm 4,1$ % случаев оно носило массивный характер. По результатам бактериологического обследования, давшего положительный результат у 99 больных ($69,2 \pm 3,9$ %), удельный вес МБТ с высокой степенью жизнеспособности был в 2 раза выше, чем с низкой ($35,3 \pm 4,8$ % против $16,2 \pm 3,7$ %; $p < 0,001$). Констатирован в 3 раза больший удельный вес быстрорастущих штаммов МБТ по сравнению со штаммами с замедленным ростом ($74,7 \pm 4,4$ % против $25,2 \pm 4,4$ %; $p < 0,001$).

Анализ лекарственной чувствительности МБТ показал, что лишь у $61,6 \pm 4,9$ % штаммов она была сохранена ко всем антибактериальным препаратам. Лекарственной устойчивостью обладали $38,4 \pm 4,9$ % штаммов МБТ, выделенных у больных, что выше данных, приводимых в других исследованиях [13, 15]. При этом монорезистентность имела место в $10,1 \pm 3,0$ % случаев, полирезистентность — в $12,1 \pm 3,3$ %; удельный вес множественной лекарственной устойчивости составил $14,1 \pm 3,5$ %; частота МЛУ соответствует таковой по другим регионам [13, 15]. У одного больного была определена суперустойчивость МБТ (множественная лекарственная устойчивость в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и канамицину), являющаяся прямой угрозой для жизни ввиду того, что остальные противотуберкулезные препараты резервного ряда не обладают выраженным антибактериальным действием. Установленное более чем у половины больных массивное бактериовыделение, наряду с преобладанием МБТ с высокой жизнеспособностью, свидетельствует о высокой эпидемиологической опасности больных диссеминированным туберкулезом легких в современных условиях.

ВЫВОДЫ:

1. Диссеминированный туберкулез легких развивается преимущественно у лиц зрелого возраста. Среди заболевших преобладает неорганизованное население ($81,1$ %), из которого $69,9 \pm 3,8$ % составляют неработающие лица трудоспособного возраста. Каждый четвертый имеет низкий образо-

вательный ценз, половина не имеет семьи, $7,0 \pm 2,1$ % проживают в общежитиях.

2. Контакт с туберкулезными больными в анамнезе установлен у половины заболевших, с преобладанием семейного ($21,0 \pm 3,4$ %) и бытового ($18,2 \pm 3,2$ %), при относительно низкой доле контакта в пенитенциарных учреждениях ($9,1 \pm 2,4$ %). Высокая частота контакта с больными туберкулезом при первичной лекарственной устойчивости МБТ, составляющей $38,4 \pm 4,9$ %, свидетельствуют о ведущей роли экзогенной суперинфекции в развитии диссеминированного туберкулеза в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации.
3. У $48,3 \pm 4,2$ % заболевших имеет место нарушение декретированных сроков прохождения проверочного ФЛГО, а $53,3 \pm 7,9$ % больных из выявленных активно, имея симптоматику, за медицинской помощью не обращались, что свидетельствует об их небрежном отношении к своему здоровью и низкой санитарной грамотности.
4. Клиническими особенностями диссеминированного туберкулеза в Красноярском крае является его развитие на фоне заболеваний группы риска в $52,4 \pm 4,1$ % случаев, относительно редкое острое начало заболевания ($9,1 \pm 2,4$ %) при бессимптомном начале и течении у каждого четвертого больного, относительная редкость полиорганности поражения ($4,9 \pm 1,8$ %), выраженный дефицит массы тела у $97,9 \pm 3,8$ % заболевших. Изменения в гемограмме характеризуются отсутствием лейкоцитоза у подавляющего числа больных, наличием лимфопении в $54,5 \pm 4,1$ %, увеличенной СОЭ свыше 35 мм/час в $58,1 \pm 4,1$ % случаев.
5. У половины больных ($52,4 \pm 4,1$ %) наблюдается тотальное поражение обоих легких, что объясняет высокий удельный вес деструкции легочной ткани ($62,9 \pm 4,0$ %). Высокая частота ($76,9 \pm 3,5$ %) и массивность бактериовыделения с преобладанием МБТ с высокой жизнеспособностью и наличием лекарственной устойчивости в $38,4 \pm 4,9$ % случаев свидетельствует о высокой эпидемиологической опасности больных диссеминированным туберкулезом в современных условиях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Варианты течения диссеминированного туберкулеза легких /М.С. Греймер, В.К. Корелин, Д.И. Войтова и др. //Пробл. туберкулеза. — 1991. — № 10. — С. 45-48.
2. Байбородова, Т.И. Особенности состава и клинических проявлений туберкулеза органов дыхания у впервые выявленных больных в современных условиях /Т.И. Байбородова, И.Ф. Копылова //Пробл. туберкулеза. — 1997. — № 1. — С. 44-46.
3. Туберкулез в Сибири в начале XXI века: аналитический обзор /под ред. Л.М. Погожевой. — Новосибирск, 2002. — 83 с.
4. Фтизиатрия: национальное рук-во /под ред. М.И. Перельмана. — М., 2007. — 512 с.
5. Корецкая, Н.М. Эволюция туберкулеза и современные аспекты его выявления в Красноярском крае /Н.М. Корецкая. — Красноярск, 2003. — 250 с.
6. Диагностический маршрут больных с диссеминированным туберкулезом легких в современных условиях /А.Е. Дорошенкова, Т.В. Шаповалова, В.В. Таволжанская и др. //Туберкулез в России год 2007: материалы VIII Рос. съезда фтизиатров. — М., 2007. — С.154.
7. Гращенкова, О.В. Методы математического анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу: пособие для врачей /О.В. Гращенкова, А.В. Васильев, Т.Б. Ряснянская. — СПб., 1998. — 24 с.
8. Макулбаева, У.Т. Клинико-рентгенологическая характеристика больных с диссеминированным туберкулезом легких /У.Т. Макулбаева, Б.Т. Кумисбаева, Т.А. Муминов //Туберкулез в России год 2007: материалы VIII Рос. съезда фтизиатров. — М., 2007. — С. 177.
9. Садыков, А.С. Медико-социальные факторы у больных диссеминированным туберкулезом легких на современном этапе /А.С. Садыков //Совершенствование медицинской помощи больным ту-

- беркулезом: материалы Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2010. – С. 74-75.
10. Корецкая, Н.М. Современная клиничко-социальная характеристика больных инфильтративным туберкулезом легких в Красноярском крае /Н.М. Корецкая, А.А. Чушкина //Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 3. – С. 42-45.
11. Глумная, Т.В. Оценка эффективности использования различных организационных форм выявления больных туберкулезом /Т.В. Глумная //Актуальные вопросы лечения туберкулеза различных локализаций: науч. тр. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2008. – С. 213-215.
12. Шилова, М.В. Влияние сезонных и экологических факторов на заболеваемость туберкулезом /М.В. Шилова, Т.В. Глумная //Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 2. – С. 17-21.
13. Кузьмина, Н.В. Течение и эффективность лечения диссеминированного туберкулеза легких /Н.В. Кузьмина, Н.В. Мусатова, Е.В. Мельников //Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 2. – С. 38-42.
14. Демихова, О.В. Рентгенологические особенности диссеминированного туберкулеза легких на поздних стадиях ВИЧ-инфекции /О.В. Демихова, И.Ю. Бабаева, О.П. Фролова //16 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. – СПб., 2006. – С. 54.
15. Частота лекарственной устойчивости у больных диссеминированным туберкулезом легких /У.Т. Макулбаева, Б.Т. Кумисбаева, Т.А. Муминов и др. //Туберкулез сегодня: материалы VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С. 176.

