

Морфологические изменения слизистой оболочки края и дна хронических язв

Гистологические признаки	Группы пациентов	
	1-я группа (n=51)	2-я группа (n=64)
	Абс. (%)	Абс. (%)
Фовеолярная гиперплазия	51 (100,0)	33 (51,6)*
Фиброз	32 (62,7)	41 (64,0)
Атрофия	28 (54,9)	51 (79,6)*
Кишечная метаплазия:		
I тип	12 (23,5)	5 (7,8)*
II тип	4 (7,8)	15 (23,4)*
III тип	0	4 (6,2)*
Дисплазия:		
слабая	3 (5,8)	4 (6,2)
умеренная	0	6 (9,3)*
тяжёлая	0	25 (39,0)*

Примечание: * - $p < 0,05$ в сравнении с 1 группой больных.

стике ХЯЖ и определении тактики лечения являются результаты гистологического исследования множественных гастробиоптатов. Исследования К. В. Заводиленко и соавторов (2006) подтвердили снижение уровня пролиферации эпителия в участках неполной КМ язвенных поражениях СОЖ, что свидетельствует о снижении регенераторного потенциала метаплазированного эпителия. В условиях атрофии СОЖ неполная КМ может указывать на повышение риска злокачественной трансформации [2, 3]. Известно, что длительная консервативная терапия ХЯЖ, особенно при наличии дисплазии, несёт потенциальную опасность онкотрансформации [7].

На основе анализа проведенных исследований, а также оценки результатов медикаментозного лечения нами выделен комплекс неблагоприятных морфологических факторов, позволяющих прогнозировать малую эффективность консервативной терапии ХЯЖ: неполная КМ и выраженная дисплазия желудочного эпителия краёв и дна ХЯ, фоновые изменения в желудке по типу хронического атрофического пангастрита.

Таким образом, для ХЯЖ характерны большая частота и выраженность дисрегенераторных изменений эпителия СОЖ. Характер исходного состояния СОЖ и периульцерозной зоны имеет важнейшее прогностическое значение (стадия и степень атрофического гастрита, дифференцированный подход к феномену кишечной метаплазии и диспластическим изменениям), определяющее индивидуальный прогноз и тактику курации пациента с ХЯЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г. Г., Купрюшина Н. В. Компьютерная микроскопия предраковых заболеваний желудка на основе дан-

ных плоидометрии // Научная сессия МИФИ. – 2007. – Том 1. – С. 249–251.

2. Аруин Л. И., Капуллер Л. Л., Исаков В. А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Медицина, 1998. – 483 с.

3. Заводиленко К. В., Мозговой С. И., Кононов А. В. Параметры клеточного обновления в очагах кишечной метаплазии эпителия желудка при атрофии и эрозивно-язвенных дефектах // Клинико-эпидемиологические и этно-экологические проблемы заболеваний органов пищеварения. – Красноярск, 2006. – С. 128–133.

4. Кузин М. И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.

5. Стойко Ю. Н., Багненко С. Ф., Курыгин, А. А. и др. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 32–35.

6. Черноусов А. Ф., Волынчик К. Е. Современное понятие хронической язвы желудка как предракового состояния. – 2004. – № 3. – С. 71–74.

7. Черноусов А. Ф., Хоробрых Т. В., Жаров А. А. и др. Роль хронической язвы желудка в канцерогенезе // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2006. – № 10. – С. 4–8.

8. Ширинов Ф. С., Курбанов С. А., Домрачев П. М. Хирургическое лечение осложненных язв кардии и субкардии // Хирургия. – 2005. – № 4. – С. 4–8.

9. Яццкий Н. А., Седов В. М., Морозов В. П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 376 с.

10. Dixon M., Genta R., Vardley I. et al. Classification and grading of gastritis // Am. j. surg. patol. – 1996. – Vol. 20. – P. 161–1181.

Поступила 17.07.2011

Н. А. ЕГОРОВА

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УЧРЕЖДЕНИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кафедра фтизиопульмонологии

Московского государственного медико-стоматологического университета,
Россия, 127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1. E-mail: mgmsu@mail.ru, ego-na@mail.ru

В статье показаны особенности выявления, диагностики и лечения туберкулеза легких у заключенных на современном этапе на уровне краевой туберкулезной больницы следственного изолятора г. Краснодара. Выполнено сравнительное исследование групп заключенных больных с этой патологией, разделенных по месту выявления и диагностики заболевания. Полученные результаты позволяют оценить эффективность различных диагностических методов, разработать алгоритм ранней и своевременной диагностики туберкулеза легких у контингентов следственного изолятора.

Ключевые слова: заключенные больные туберкулезом, выявление и диагностика, следственный изолятор.

N. A. EGOROVA

FEATURES OF THE DETECTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN A SPECIALIZED INSTITUTION FOR THE MODERN STAGE

*Phthisiopulmonology department of Moscow state medical and dental university,
Russia, 127473, Moscow, ul. Delegatskaya, 20/1. E-mail: mgmsu@mail.ru, ego-na@mail.ru*

In the article the features of detection, diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in prisoners at the present stage, at the level of the regional tuberculosis hospital investigative isolator g. Krasnodar.

Carried out a comparative study groups of prisoners of patients with this pathology, divided on the detection and diagnosis of diseases. The obtained results allow to estimate the efficiency of different diagnostic methods, to develop an algorithm of early and timely diagnosis of pulmonary tuberculosis in populations investigatory insulator.

Key words: prisoners with tuberculosis, detection and diagnosis, investigative isolator.

Введение

Во многих странах туберкулез считается типичной болезнью в тюрьмах, которые стали резервуаром инфекции, в том числе и лекарственно устойчивых форм (А. С. Кононец, 1999; А. Г. Хоменко, 1998; R. Coninx и соавт., 2000, и др.). При этом туберкулез является актуальной проблемой не только для пенитенциарной системы, но и для всего общества в целом, поскольку люди, находящиеся в местах лишения свободы, выходят на свободу и затем вновь могут попасть в исправительные учреждения. За один день в мире в места заключения попадают около 10 миллионов человек (V. Stern, 2001; R. Coninx, 2000). Многократные незавершенные курсы противотуберкулезной терапии, прерывание лечения при освобождении приводят к развитию форм заболевания с множественной лекарственной устойчивостью, которые, по оценкам экспертов, к настоящему времени в тюрьмах достигают 20% (Е. П. Какорина, Л. А. Михайлова, Ю. В. Михайлова и др., 2006). В связи с этим туберкулез превращается из надежно излечимой болезни в заболевание с дорогостоящим лечением и частым фатальным исходом (М. В. Шилова, Т. С. Хрулева, 2005). Следственные изоляторы предварительного содержания, тюрьмы, образно говоря, выполняют роль фильтра, так как более 70% больных активными формами туберкулеза органов дыхания не знают о своем заболевании и не состоят на учете в гражданских противотуберкулезных диспансерах. Именно из них более 40% уже страдают туберкулезом и выделяют лекарственно устойчивые микобактерии туберкулеза (В. С. Гавриленко, Т. С. Хрулева, 1997; Н. М. Рудой, 1996; Б. Н. Бубочкин, П. Н. Новоселов, 1999; L. P. Ormerod, R. J. Prescott, 1991; S. E. Weis et al., 1994).

Цель исследования – изучение возможностей совершенствования диагностических методов выявления туберкулеза на уровне краевой туберкулезной больницы следственного изолятора г. Краснодара.

Материалы и методы исследования

Поступившие в СИЗО лица в течение 3 суток осматриваются врачом и проходят рентгенологическое об-

следование в медицинской части изолятора, оснащенной стационарным флюорографом.

При подозрении на активный туберкулез легких заключенные из карантинного отделения СИЗО направляются в туберкулезно-легочное отделение туберкулезной больницы, в диагностическую бокс-камеру.

Всем больным при поступлении в отделение проводится трехкратное исследование утренней мокроты бактериоскопическим методом по Циль-Нильсену. Сбор мокроты осуществляется в специализированной кабине для сбора мокроты под обязательным наблюдением медсестры.

При анализе общей медицинской документации за 10 лет отобраны 308 историй болезни, при этом 294 мужчины и 14 женщин, больных активным туберкулезом органов дыхания. Все больные разделены на 3 группы, которые сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу, клиническим формам туберкулеза и распространенности процесса в легких. Учитывались также группа диспансерного наблюдения и применяемое им в прошлом лечение.

1-ю группу составили больные, у которых туберкулез легких впервые выявлен в СИЗО, – 136 человек; данные лица ранее не лечились от туберкулеза. Во 2-ю группу вошли больные, ранее леченные, но не состоящие на учете противотуберкулезного диспансера в настоящее время, или больные с поздними рецидивами туберкулеза легких – 73 человека. В 3-ю группу были включены больные, ранее леченные, состоящие на учете противотуберкулезного диспансера, или больные с активно текущим туберкулезом легких, их группа составила 99 человек. Результаты исследования подвергнуты статистической обработке, достоверность значений определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Наибольшую группу составили больные с туберкулезом легких, впервые выявленные в СИЗО, – 136, при этом из них 119 (87,5%) были лица в возрасте от 31 до 40 лет, рецидивы судимостей имели 97 (71,3%), употребляли алкоголь и наркотики 85 (62,5%), не имели

постоянного места работы 84 (62%), являлись лицами без определенного места жительства 8 (6%).

Во второй группе с поздними рецидивами туберкулеза легких из 73 человек наибольшее количество больных – 27 (37%) – в возрасте от 31 до 40 лет, рецидивы судимостей имели 70 (96%), употребляли алкоголь и наркотики 64 (88%), не имели постоянного места работы 43 (59%), являлись лицами без определенного места жительства – 3 (4%).

Третью группу составили 99 человек с активно текущим туберкулезом легких, по данным запросов из туберкулезных диспансеров, состоящих на диспансерном учете. При этом из них 33 (33,5%) были в возрасте от 31 до 40 лет, рецидивы судимостей имели 42 (42,4%), употребляли алкоголь и наркотики – 55 (55,5%), не имели постоянного места работы 57 (57,5%), являлись лицами без определенного места жительства – 4 (4%).

Примечательно то, что в первой группе 113 (83%) больных страдали хроническими болезнями органов дыхания: 110 (97,3%) – хроническим бронхитом, 3 (2,6%) – бронхиальной астмой. По структуре туберкулеза легких 29 (21,3%) больных с диссеминированным процессом, 28 (20,5%) – с очаговым, 70 (51,5%) – с инфильтративным, 3 (2,2%) – с фиброзно-кавернозным, 6 (4,4%) имели туберкулемы. Односторонняя локализация отмечена в 72%, двусторонняя – в 28% случаев. Ограниченные поражения в пределах 1–2 сегментов наблюдались в 66,2%, распространенные более 3 сегментов – в 33,8%. По характеру клинических проявлений туберкулезного процесса наибольшее количество жалоб предъявляли больные с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом: на кашель – 38 (38,3%), выделение мокроты – 14 (14,1%). При физикальном исследовании регистрировались сухие и влажные хрипы у 75 (75,7%) пациентов. Предыдущее флюорографическое обследование в данной группе не проводилось более 2 лет у 127 (93,4%).

Среди второй группы больных с поздними рецидивами 35 (48%) страдали хроническими болезнями органов дыхания: 28 (80%) – хроническим бронхитом, 1 (2,9%) – бронхиальной астмой, 6 (17,1%) – часто рецидивирующими острыми респираторными заболеваниями. По структуре туберкулеза легких 16 (22%) больных – с диссеминированным процессом, 10 (13,6%) – с очаговым, 28 (38,3%) – с инфильтративным, 6 (8,2%) – с фиброзно-кавернозным, 13 (17,8%) имели туберкулемы. Односторонняя локализация отмечена в 53,4%, двусторонняя – в 46,6% случаев. Ограниченные поражения в пределах 1–2 сегментов наблюдались в 65,7%, распространенные более 3 сегментов – в 34,3%. По характеру клинических проявлений туберкулезного процесса наибольшее количество жалоб предъявляли больные с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом: на кашель – 23 (52,3%), выделение мокроты – 7 (15,9%). При физикальном исследовании регистрировались сухие и влажные хрипы у 28 (63,6%) пациентов. Предыдущее флюорографическое обследование в данной группе не проводилось более 2 лет у 58 (79,4%).

В третьей группе больных 17 (17,2%) страдали неспецифическими заболеваниями органов дыхания, у всех диагностирован хронический бронхит. По структуре туберкулеза легких 28 (28,3%) больных – с диссеминированным процессом, 14 (14,1%) – с очаговым, 22 (22,2%) – с инфильтративным, 7 (7%) – с фиброз-

но-кавернозным, 28 (28,3%) имели туберкулемы. Односторонняя локализация отмечена в 51,5%, двусторонняя – в 48,5% случаев. Ограниченные поражения в пределах 1–2 сегментов наблюдались в 60,6%, распространенные более 3 сегментов – в 39,4%.

По характеру клинических проявлений туберкулезного процесса наибольшее количество жалоб предъявляли больные с инфильтративным и диссеминированным туберкулезом: на кашель – 20 (40%), выделение мокроты – 8 (16%). При физикальном исследовании регистрировались сухие и влажные хрипы у 33 (66%) пациентов. Предыдущее флюорографическое обследование в данной группе не проводилось более 2 лет у 5 (5%).

Из анамнеза установлено, что из общего количества больных у 130 (42,2%) длительность заболевания туберкулезом легких была более 2 лет, у 42 (13,64%) – более 6 лет, у остальных заболевание диагностировано впервые.

В первой группе из 136 пациентов бактериовыделение зарегистрировано у 22 (16,2%), что составило 41% от всех бактериовыделителей. Во второй группе из 73 больных микобактерии выделяли 14 (19,2%) и 26% соответственно, в третьей из 99 с положительными анализами мокроты зарегистрированы 18 (18,2%), то есть 33,3% от общего количества КУМ положительных. По характеру бактериовыделения наибольшей массивностью отличалась первая группа: 15 (4,9%) с КУМ 3+.

Следовательно, из всех больных бактериовыделение методом микроскопии зарегистрировано у 54 человек, что составило 71% от числа больных с деструктивным туберкулезом. По нашему материалу, из 308 пациентов выделено 76 (24,6%) с кавернами в легочной ткани. В первой группе из 136 деструкция легких выявлена у 37 (27,2%), что составило 48,6% от общего количества больных с распадом 76. Вторую группу составили 18 (24,6%) и 23,6% соответственно. В третьей группе зарегистрировано 15 (15,2%) больных с деструктивным туберкулезом, что составило 19,7% от общего количества деструктивного процесса в легких.

Специфическая противотуберкулезная терапия проводилась по тем же принципам, что и в гражданском здравоохранении, то есть согласно Приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезной помощи в Российской Федерации», Приказу Минздрава России и Минюста России от 17 октября 2005 года № 640/190 «О порядке организации медицинской помощи лицам, отбывающим наказание в местах лишения свободы и заключенным под стражу», Приказу МЗ РФ от 13 февраля 2004 года № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза». Лечение контролировалось в соответствии с правопорядком режимного учреждения.

Прекращение бактериовыделения через 3 месяца у больных первой и второй групп отмечено в 100%, в третьей группе – в 77,8%. Закрытие полостей распада в первой группе – в 97,2%, во второй – в 44,4%, в третьей – в 33,3%.

По результатам нашего исследования установлено, что наблюдаемые группы больных отличаются по выявлению и лечению своего заболевания и имеют неодинаковую эпидемическую опасность.

Наиболее активно лечатся лица, выявленные впервые в СИЗО, несмотря на то что до заключения эти пациенты не являлись пациентами

противотуберкулезных учреждений. Наибольшую эпидемическую опасность представляют больные, состоящие на учете в противотуберкулезных диспансерах, ранее леченные с имеющимся активным туберкулезом органов дыхания.

Известно, что лица с длительно текущим заболеванием в легких, ведущие асоциальный образ жизни, не обращаются за медицинской помощью. Однако данный факт свидетельствует и о недостаточном привлечении к флюорографическим осмотрам на терапевтических участках.

Неоднократные прерывистые курсы химиотерапии, образ жизни, неполноценное питание, повторные стрессовые ситуации, миграция больных туберкулезом между пенитенциарными учреждениями и территориальным здравоохранением являются причинами высокого распространения туберкулеза и создают крайне сложные условия для инволюции туберкулезного процесса и его лечения, приводят к замедлению репаративных процессов.

Отличительной особенностью лечения в условиях режима пенитенциарной системы следует отметить обязательный контролируемый прием противотуберкулезных препаратов, чем обуславливается высокий процент излечения больных из первой группы наблюдения.

Налаженная нами интеграция между гражданским и пенитенциарным секторами здравоохранения существенно помогает в преемственности и непрерывном лечении больных туберкулезом, облегчает дифференциальную диагностику заболевания, тестирование лекарственной устойчивости МБТ у бактериовыделителей, позволяет осуществлять контроль за туберкулезом на всей административной территории.

Современная цифровая рентгеновская аппаратура позволяет вести динамическое наблюдение и обеспечивает возможность контролировать эффективность проводимого лечения.

С учетом значения следственного изолятора в обследовании социально значимых групп населения и в связи с широким распространением лекарственно устойчивого туберкулеза в настоящее время целесообразно оснастить туберкулезную больницу бактериологической лабораторией, в частности, современным анализатором ВАСТЕС для ускоренного обнаружения бактериовыделителя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашев И. М., Чернов Г., Пикусова М. И., Якунина М. Г. Факторы риска заболевания туберкулезом у контингента СИЗО: Материалы юбилейной сессии «80-летие Центрального НИИ туберкулеза РАМН». – М.: ЦНИРГГ РАМН, 2001. – С. 92.
2. Агапова В. А., Шишкина В. В., Юрасова Е. Д. Участие Российского общества Красного Креста в борьбе против туберкулеза: роль общественных организаций // В сб. «Материалы юбилейной сессии». – М.: Медицина и жизнь, 2001.

3. Аксенова К. И., Мишин В. Ю., Чернышев С. И., Орлова Н. В. Значение ФЛГ в раннем выявлении туберкулеза в следственных изоляторах ФСИН РФ: Материалы XVI национального конгресса по болезням органов дыхания. – СПб, 2006. – С. 167.

4. Белиловский Е. М., Борисов Е., Дергачев А. В. с соавт. Заболеваемость туберкулезом в России: ее структура и динамика // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2003. – № 7. – С. 4–11.

5. Бубочкин Б. П. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулезу в исправительно-трудовых учреждениях // Проблемы туберкулеза. – 1995. – № 3. – С. 7–10.

6. Борисов С. Е. Диагностика туберкулеза: возможности и пределы // В сб. «Туберкулез сегодня – проблемы и перспективы». – М., 2000.

7. Какорина Е. П., Михайлова Л. А., Михайлова Ю. В. и др. Туберкулез в Российской Федерации. Аналитический обзор основных статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. – М., 2006. – 126 с.

8. Леонов В. П., Ижевский П. В. Применение статистики в медицине и биологии: анализ публикаций 1990–1997 гг. Деп. ВИНТИ 23.01.98X9 179-B98/ГНЦ РФ – Институт биофизики. – М., 1998. – № 10.

9. Лямина Е. Л., Рогожина Н. А., Гурьянов В. И. Туберкулез легких у лиц, бывших в заключении // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2003. – № 4. – С. 44–46.

10. Нечаева О. Б. Туберкулез органов дыхания у лиц, находящихся в исправительно-трудовых учреждениях // Проблемы туберкулеза. – 1994. – № 1. – С. 8–10.

11. Перельман М. И. Туберкулез в России // Consilium Medicum. – 2001. – Т. 3. № 12. – С. 564–568.

12. Пунга В. В., Ковалева С. И., Жукова М. П. и др. Современные проблемы выявления и лечения больных туберкулезом // Пробл. туб. – 1997. № 5. – С. 7–9.

13. Пунга В. В. Выявление туберкулеза в современных условиях // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6. № 17. – С. 7–10.

14. Пунга В. В., Павлов Ю. А., Щудрова М. А., Новиков Д. А. Влияние заболеваемости туберкулезом на показатели здоровья спецконтингента уголовно-исполнительной системы // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2005. – № 5. – С. 3–8.

15. Репик Б. И., Чуканов В. И. Актуальные проблемы туберкулеза органов дыхания: эпидемиология, 71. С. В. Сырку, В. П. Дегтярев, Е. И. Аксентий и соавт. Проблемы выявления и учёта больных туберкулезом в следственных изоляторах // Проблемы туберкулеза и болезней лёгких. – 2005. – № 5. – С. 10–12.

16. Скотникова О. И., Соболев А. Ю., Исаева И. Л. Лабораторная диагностика туберкулеза / Под ред. В. И. Литвинова, А. М. Мороза. – М., 2001. – С. 84–86.

17. Худушина Т. А., Маслакова М. Г. Характеристика туберкулезного процесса у вновь выявленных больных из различных социальных групп в зависимости от методов выявления заболевания // Проблемы туберкулеза. – 1998. – № 1. – С. 12–14.

18. Шилова М. В., Хрулева Т. С. Эффективность лечения больных туберкулезом на современном этапе // Пробл. туб. – 2005. – № 3. – С. 3–11.

Поступила 13.02.2011