

© КОРЕЦКАЯ Н.М., ЧУШКИНА А.А.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Н.М. Корецкая, А.А. Чушкина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Корецкая.

Резюме. Проанализировано 78 случаев впервые выявленного инфильтративного туберкулеза легких. Выделены современные особенности клинико-социальной характеристики больных данной формой туберкулезного процесса в Красноярском крае и определена ведущая роль экзогенной суперинфекции в ее развитии, показана высокая эпидемиологическая опасность больных инфильтративным туберкулезом в современных условиях.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез, клиника, диагностика.

Корецкая Наталья Михайловна – д.м.н., проф. зав. каф. туберкулеза с курсом ПО; тел. 8(391)2617682.

Чушкина Анна Александровна – клинический ординатор, Краевой противотуберкулезный диспансер; тел. 8 (391)617682.

Инфильтративный туберкулез легких неизменно занимает первое место в структуре заболеваемости туберкулезом и на его долю приходится более половины впервые выявленных случаев [13]. На фоне ухудшения эпидемиологической ситуации изменилась его клинико-рентгенологическая картина за счет роста удельного веса распространенных процессов, сопровождающихся возросшей частотой распада легочной ткани и бактериовыделения [6,11], что приобретает особое значение в плане своевременного выявления данной формы

туберкулезного процесса путем активного поиска больных [3].

Целью исследования явился анализ современных особенностей клинико-социальной характеристики больных инфильтративным туберкулезом легких и путей выявления данной формы туберкулезного процесса в Красноярском крае.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 78 больных инфильтративным туберкулезом легких, впервые выявленных в 2008 году. Изучался возрастно-половой состав, социальный статус, образовательный уровень, наличие контакта с больными туберкулезом и его характера, наличие сопутствующих заболеваний группы риска и вредных привычек; путь выявления заболевания, срок прохождения флюорографического обследования (ФЛГО), предшествовавшего выявлению заболевания, оценивался характер начала болезни, наличие симптоматики, физикальные и лабораторные данные, протяженность поражения, фаза процесса, наличие внелегочных локализаций, сочетающихся с поражением легких, бактериовыделение и его характер, особенности возбудителя. Бактериовыделение устанавливалось люминесцентной микроскопией 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 7 антибактериальным препаратам: изониазиду, рифампицину, стрептомицину, этамбутолу, протионамиду, канамицину, фторхинолонам. Наличие лекарственной устойчивости к двум и более препаратам оценивалось 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 чис-

лом колоний более 100; низкой жизнеспособностью обладали МБТ, растущие свыше 30 суток и количеством колоний менее 20 [8].

При статистическом анализе полученных данных применялись относительные показатели, достоверность различий которых определялась с помощью Z-критерия. Распределение носило нормальный характер, что подтверждено критерием Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение

Среди заболевших преобладали мужчины ($64,1 \pm 5,4\%$). Средний возраст больных – $36,0 \pm 1,5$ года, при этом у женщин он был равен $29,0 \pm 2,2$ года, у мужчин значительно выше – $39,5 \pm 1,8$ года. Соотношение городских и сельских жителей составило 1:1,6. Преобладало неорганизованное население – $61,5 \pm 5,5\%$, из них неработающие лица трудоспособного возраста – $46,2 \pm 5,6\%$, пенсионеры – $7,7 \pm 3,0\%$, инвалиды – $6,4 \pm 2,8\%$, находившиеся в декретном отпуске – $1,3 \pm 1,3\%$. Среди организованного населения $33,3 \pm 5,3\%$ приходилось на лиц рабочих профессий, по $5,1 \pm 2,5\%$ – на служащих, учащихся и студентов. Среднее образование имели $42,3 \pm 5,6\%$ больных, средне-специальное – $30,8 \pm 5,2\%$, высшее – $6,4 \pm 2,8\%$; каждый пятый имел незаконченное среднее образование; последнее, несомненно, сказывалось на уровне их санитарной грамотности. Семью имели лишь $35,9 \pm 5,4\%$. Большинство больных ($61,5 \pm 5,5\%$) проживали в частных домах, $30,8 \pm 5,2\%$ – в благоустроенных квартирах, $7,7 \pm 3,0\%$ – в общежитиях.

Почти половина пациентов ($43,6 \pm 5,6\%$) указывали на контакт с больными туберкулезом в анамнезе, из них у $26,9 \pm 5,0\%$ он был семейным, у $7,7 \pm 3,0\%$ – бытовым, у $6,4 \pm 2,8\%$ – в местах лишения свободы, у $2,6 \pm 1,8\%$ – производственным. Интересно отметить, что результаты подобного анализа частоты контакта и его характера, проведенного нами для заболевших инфильтративным туберкулезом 12 лет назад [7], имели существенные различия по сравнению с данными, полученными в настоящее время: частота установленного контакта возросла на 10%, а доля семейного – увеличилась в 3,5 раза, что свидетельствует о возросшей роли экзогенной суперинфекции в патогенезе инфильтративно-

го туберкулеза в современных условиях особенно при постоянном контакте с бактериовыделителем.

Заболевания группы повышенного риска развития туберкулеза имели $35,9 \pm 5,4\%$ пациентов. Среди этих заболеваний наибольший удельный вес составил хронический бронхит ($25,6 \pm 4,9\%$) и сахарный диабет ($9,0 \pm 3,2\%$). Злоупотребляли алкоголем $15,4 \pm 4,1\%$, курили $67,9 \pm 5,3\%$.

Анализ сроков прохождения ФЛГО, предшествующего выявлению заболевания, показал, что оно проводилось в срок до 1 года – у $27,0 \pm 5,0\%$ заболевших, от 1 до 2 лет – у $32,1 \pm 5,3\%$, от 2 до 3 лет – у $19,2 \pm 4,5\%$, более 3 лет – у $21,8 \pm 4,7\%$. Следовательно, почти у половины пациентов ($41,0 \pm 5,6\%$) имело место нарушение декретированных сроков проверочного ФЛГО. При обращении к врачу с жалобами, связанными с туберкулезным процессом, было выявлено $44,9 \pm 5,6\%$ заболевших. У остальных $55,1 \pm 5,6\%$ больных туберкулез был выявлен активно, при этом наибольший удельный вес имели плановые массовые проверочные ФЛГО ($37,2 \pm 5,5\%$), а также прохождение ФЛГО в поликлинике и стационаре по поводу различных заболеваний ($12,7 \pm 3,8\%$). Следует отметить, что из 43 больных, выявленных активно, 18 ($41,9 \pm 5,6\%$) имели симптоматику, длительность которой у каждого третьего превышала 2 месяца, но 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 зарегистрировано лишь у $16,7 \pm 4,2\%$ больных, что значительно ниже данных, приводимых в литературе для инфильтративного туберкулеза легких по другим регионам [13,14], подострое – у $55,1 \pm 5,6\%$, бессимптомное – у $28,2 \pm 5,1\%$. Интоксикационный синдром чаще всего проявлялся слабостью ($41,0 \pm 5,6\%$), повышением температуры до субфебрильных ($14,1 \pm 3,9\%$) и фебрильных ($20,5 \pm 4,6\%$) цифр, ночной потливостью ($12,8 \pm 3,8\%$), похуданием ($24,4 \pm 4,9\%$). Бронхолегочная симптоматика была представлена

кашлем с выделением слизисто-гнойной мокроты у $34,6 \pm 5,4\%$ больных, сухим кашлем у $18,0 \pm 4,4\%$; одышка при физической нагрузке беспокоила $16,7 \pm 4,2\%$, в покое – $6,4 \pm 2,8\%$. Боли в грудной клетке, связанные с дыханием, отмечал каждый пятый больной. Довольно редким симптомом было кровохарканье ($5,1 \pm 2,5\%$), что отмечают и другие авторы [5,9].

Физикальное обследование установило измененный характер дыхания более чем у половины больных ($69,2 \pm 5,2\%$), причем в большинстве случаев ($41,0 \pm 5,6\%$) определялось жесткое дыхание над зоной поражения легочной ткани, реже – ослабленное ($16,7 \pm 4,2\%$) и бронхиальное ($11,5 \pm 3,6\%$). При этом катаральные явления в легких в виде локальных и распространенных влажных хрипов выслушивались очень редко ($5,1 \pm 2,5\%$). Особо необходимо отметить дефицит массы тела, наблюдавшийся у $75,6 \pm 4,9\%$ больных, причем у 1/2 из них он составлял от 10 до 30 кг.

Изучение гемограмм больных показало, что среднее количество лейкоцитов составило $7,9 \pm 0,2 \times 10^9$, при этом лейкоцитоз свыше $10,0 \times 10^9$ имели лишь $12,8 \pm 3,8\%$ больных. В отличие от других авторов [1,2,4,9] мы не констатировали сдвига лейкоцитарной формулы влево ни в одном случае, это наряду с вышеуказанными особенностями аускультативной картины в легких у больных инфильтративным туберкулезом следует учитывать при проведении дифференциальной диагностики этой формы туберкулезного процесса с неспецифической пневмонией. Среднее количество лимфоцитов составило $24,8 \pm 1,0\%$, что при туберкулезе предполагает наличие иммунодефицита [12], при этом у $50,0 \pm 5,7\%$ больных имела лимфопения; моноцитоз определялся у $23,4 \pm 4,8\%$. Увеличение СОЭ наблюдалось в $64,1 \pm 5,4\%$ случаев, при этом выраженное (свыше 35 мм/час) в $47,4 \pm 5,7\%$. Средняя величина СОЭ составила $32,6 \pm 2,2$ мм/час, что выше показателей, приводимых в литературе для инфильтративного туберкулеза [1,2].

При рентгено-томографическом исследовании было установлено, что удельный вес моно- и бисегментарных поражений составил лишь $30,8 \pm 5,2\%$; поражение доли легкого наблюдалось в $42,3 \pm 5,6\%$ случаев, более доли – в

26,9±5,0%. Следовательно, в современных условиях инфильтративный туберкулез легких характеризуется распространенностью поражения, что несомненно отражается на частоте деструкции легочной ткани, которая имела место в 79,5±4,6% случаев, что отмечают и по другим регионам России [4,5,10,14]. Бронхогенное обсеменение определялось в 47,5±5,7% случаев, при этом в 16,7±4,2% локализовалось в нижележащих отделах пораженного легкого, в 30,8±5,2% – в противоположном легком.

Поражение легочной ткани сочеталось с поражением плевры в 3,8±2,2% случаев, бронхов – в 2,6±1,8%.

Бактериовыделение имело место в 88,5±3,6% случаев. По результатам бактериологического обследования удельный вес МБТ с высокой степенью жизнеспособности был выше, чем с низкой (33,3±5,7% против 21,7±5,0%), но эти различия оказались недостоверными ($p>0,05$). Однако было констатировано преобладание быстрорастущих штаммов МБТ над штаммами с замедленным ростом (73,9±5,3% против 44,9±6,0%; $p<0,001$). Анализ лекарственной чувствительности МБТ показал, что лишь у 46,4±6,0% штаммов она была сохранена ко всем антибактериальным препаратам. Лекарственной устойчивостью обладали 53,6±6,0% штаммов МБТ, выделенных у больных. При этом монорезистентность составила лишь 4,3±3,3%, полирезистентность – 8,7±4,6%; наибольший удельный вес имела множественная лекарственная устойчивость – 39,1±8,0%. Особую тревогу вызывает последний показатель, величина которого превышает аналогичную при инфильтративном туберкулезе легких в других регионах России от трех [6] до пяти раз [10], а как известно, МБТ, обладающие множественной лекарственной устойчивостью, обладают повышенной трансмиссивностью, что наряду с высокой частотой бактериовыделения свидетельствует о высокой эпидемиологической опасности больных инфильтративным туберкулезом легких в современных условиях. У одного больного была определена суперустойчивость МБТ (множественная лекарственная устойчивость в сочетании с устойчивостью к фторхинолонам и канамицину), что является прямой угрозой для жизни, так как остальные противотуберкулезные препараты резервного ря-

да не обладают выраженным антибактериальным действием.

Таким образом, среди заболевших преобладало неорганизованное население, из которого $46,2 \pm 5,6\%$ – неработающие трудоспособного возраста. Каждый пятый имел низкий образовательный ценз, $2/3$ не имели семьи, $7,7 \pm 3,0\%$ проживали в общежитиях.

Контакт с туберкулезными больными в анамнезе установлен почти у половины заболевших, с преобладанием семейного ($26,9 \pm 5,0\%$) при относительно низкой доле контакта в пенитенциарных учреждениях ($6,4 \pm 2,8\%$). Высокая частота контакта с больными туберкулезом при первичной лекарственной устойчивости МБТ, равной $53,6 \pm 6,0\%$ свидетельствуют о ведущей роли экзогенной суперинфекции в развитии инфильтративного туберкулеза в современных условиях.

3. У $41,0 \pm 5,6\%$ заболевших имело место нарушение декретированных сроков прохождения проверочного ФЛГО, а $41,9 \pm 5,6\%$ больных, из выявленных активно, имея симптоматику, за медицинской помощью не обращались, что свидетельствует о низкой санитарной грамотности населения Красноярского края.

Клиническими особенностями инфильтративного туберкулеза в Красноярском крае является относительно редкое острое начало заболевания ($16,7 \pm 4,2\%$), диссонанс между частотой измененного характера дыхания ($69,2 \pm 5,2\%$) и наличием катаральных явлений в легких ($5,1 \pm 2,5\%$), выраженный дефицит массы тела у $1/2$ заболевших при отсутствии лейкоцитоза у подавляющего числа больных, абсолютном отсутствии сдвига лейкоцитарной формулы влево при наличии моноцитоза в $23,4 \pm 4,8\%$, лимфопении – в $50,0 \pm 5,7\%$ случаев, высоких показателях СОЭ.

У $2/3$ больных процесс носил распространенный характер, что объясняет высокую частоту распада легочной ткани ($79,5 \pm 4,6\%$), наличие бронхогенного обсеменения в $47,5 \pm 5,7\%$, из них в $1/3$ случаев в противоположное легкое. Высокая частота бактериовыделения ($88,5 \pm 3,6\%$), с наличием множественной лекарственной устойчивости МБТ в $39,1 \pm 8,0\%$ свидетельствует о высокой эпидемиологической опасности больных инфильтративным туберкулезом в Красноярском крае.

Литература

1. Волчегорский И.А., Новоселов П.Н., Астахова Т.В. Ординальная оценка рентгенологических и клинических проявлений инфильтративного туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2007. – №9. – С.33-37.
2. Волчегорский И.А., Новоселов П.Н., Болотов А.А. Показатели системы перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита как предикторы неблагоприятного течения инфильтративного туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2008. – №4. – С.28-32.
3. Глумная Т.В. Оценка эффективности использования различных организационных форм выявления больных туберкулезом // Актуальные вопросы лечения туберкулеза различных локализаций: науч. тр. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 2008. – С.213-215.
4. Григорьева Е.А. Инфильтративный туберкулез легких в условиях крупного промышленного центра Сибири // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2006. – №6. – С.17-20.
5. Григорьева Е.А., Копылова И.Ф. Инфильтративный туберкулез легких в современных условиях // Новые технологии во фтизиатрии: сб. труд. юбил. науч.-практ. конф. с межд. участием. – Томск, 2002. – С.119-120.
6. Григорьева Е.А., Копылова И.Ф. Клинико-рентгенологические особенности и результаты лечения инфильтративного туберкулеза легких в современных условиях // Пробл. туберкулеза и современные пути их решения: Сб. труд. межд. науч.-практ. конф. – Томск, 2004. – С.103-104.
7. Корецкая Н.М., Москаленко Л.В. Клинико-социальная характеристика больных инфильтративным туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза. – 1997. – №5. – С.15-17.
8. Методы математического анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу: Пособие для врачей / СПб НИИ пульмонологии. – СПб., 1998. – 26 с.
9. Мишин В.Ю., Назарова Н.В., Кононец А.С. и др. Течение и эффективность лечения инфильтративного туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2006. – №10. – С.7-12.

10. Назарова Н.В., Мишин В.Ю. Течение инфильтративного туберкулеза легких в современных эпидемических условиях // 13 Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – СПб., 2003. – С.286.
11. Рачина Н.В., Петрухина Л.Н., Коломиец В.М. Особенности диагностики и лечения различных вариантов инфильтративного туберкулеза легких // Туб. в России год 2007: мат. VIII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.182-183.
12. Фирсов О.В., Слабнов Ю.Д., Мустафин И.Г., Визель А.А. Характеристика иммунологического статуса больных туберкулезом легких в сравнении со здоровыми донорами // 6 Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – Новосибирск, 1996. – С.180.
13. Чеботарева Т.В., Облогина Л.И., Анисимова Н.Ю. Методы выявления инфильтративного туберкулеза легких в поликлинике общей лечебной сети // 13 Нац. конгр. по болез. орг. дыхания. – СПб., 2003. – С.295.
14. Черкасов В.А., Степанов С.А., Мирошникова И.П., Сейтмуратова С.И. Клинические аспекты патоморфоза инфильтративного туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза. – 2002. – №4. – С.16-19.