

Б.С.ЖУСУПБЕКОВА

Областной противотуберкулезный диспансер г. Талды-Корган

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ
НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

В современных условиях экономического и социального напряжения, несмотря на снижение эпидемиологических показателей по туберкулезу отмечается дальнейшее ухудшение структуры как впервые выявленного туберкулеза легких, так и его рецидивов (1). Все чаще выявляются лица с распространенными формами туберкулеза с бактериовыделением, с химиорезистентностью. Данная категория лиц представляют собой наиболее тяжелую категорию больных, трудно поддающихся лечению, а также претендующих на туберкулез с хроническим течением, являющиеся основным резервуаром инфекции. В связи с чем вопросы патоморфоза туберкулеза легких в настоящее время приобрела особую актуальность и требуют всестороннего изучения (2,3). С целью изучения клинической структуры и особенностей течения нами проанализированы данные 108 больных с различными формами туберкулеза находившиеся на лечении в течение 9 месяцев в легочно-терапевтическом отделении №1 областного противотуберкулезного диспансера.

При изучении анамнеза установлено, что у большинства больных (78,7%) случаев специфический процесс в легких выявлены при профилактическом осмотре, а число больных обратившихся к врачу составили 21,3% случаев.

При этом инфильтративный туберкулез легких диагностирован у 96 (88,8%), диссеминированный туберкулез легких - 5 (4,6%) фиброзно-кавернозный туберкулез у 7 (6,4%) больных.

При анализе жалоб констатировано, что такие как слабость, потеря в весе, повышение температуры встречались у 82 (75,6%) больных. Симптомы интоксикации (потливость, слабость, повышение температуры тела, потеря веса) были выявлены у 102 (94,4 %) больных.

Температурная реакция по характеру чаще была субфебрильной (60,7%) у больных среди больных с инфильтративным туберкулезом легких, фиброзно-кавернозным туберкулезом чаще имела характер фебрильной (39,3%).

Нами особо выделены клиническая картина больных с диссеминированным туберкулезом у 5 (4,6%) больных. Выраженные симптомы интоксикации, высокая фебрильная температура тела, мучительный кашель, выраженная слабость и снижение аппетита были характерны для данной категории лиц.

Грудные симптомы: боль в грудной клетке, одышка, кашель с выделением мокроты, влажные хрипы наблюдалось у больных с распространенными патологическими изменениями в легких у 74 (68,5%) больных. При этом влажный кашель и одышка наблюдалась у больных инфильтративным туберкулезом легких 32 (29,6%), с фиброзно-кавернозным – у 10 (9,2%).

При перкуссии укорочение легочного звука установлено в 86 (79,6%) случаев. При аускультации легких в проекции патологического процесса на фоне ослабленного и бронхиального дыхания выслушивались сухие, влажные, разнокалиберные хрипы в зонах измененного перкуторного звука у соответствующего числа больных.

Кровохарканье отмечено у пациентов с фиброзно-кавернозным легких в 2 (1,8%) случаев.

Со стороны гемограммы у исследуемых лиц были следующие изменения: повышенный лейкоцитоз наблюдался у 52 (48,1%) больных, лимфопения в 34,2% (37), эозинофилия, палочкоядерный и сегментоядерный сдвиг влево, ускоренное СОЭ. Анемия была констатирована у 69 (63,8%), в большинстве случаев была интоксикационного генеза.

Выраженность клинической симптоматики больных с рецидивами зависела от рентгенологической картины. Диссеминация и инфильтративные изменения в легких с участками деструкции были у 94 (87,0%). Патологические изменения в легких преимущественно локализовались в I, II, III, VI сегментах. Более тяжелая клиничко-рентгенологическая картина характерна для обострений фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Отмечено более частая регистрация распада (68,6%) и бактериовыделения (72,1%) при инфильтративной форме туберкулеза – 68,6%. У больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких в абсолютном большинстве отмечалось бактериовыделение (100,0%). У пациентов с диссеминированным туберкулезом отмечалась деструкция в 3,9% случаев, без бактериовыделения.

Микобактерий туберкулеза (МБТ) в патологическом материале были обнаружены различными методами у 92 (85,1%) больных (таблица №1).

Таблица 1 - Распределение больных по методу обнаружения МБТ

№	Метод обнаружения МТ	Количество больных	
		Абс. ч.	%
1	Только бактериоскопически	76	70,3
2	Только бактериологическим методом (посева)	80	74,1
3	бактериоскопически + бактериологически	80	74,1
4	Всего МТ+	92	85,1

5	Всего больных	108	100
---	---------------	-----	-----

Из данной таблицы необходимо отметить, что 76 (70,3%) больных МБТ были выявлены бактериоскопическим методом, что указывает об обильном бактериовыделении.

Нами проведен анализ чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам (таблица №2).

Таблица 2 - Распределение больных по чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам

№	Устойчивость	Количество больных
1	H	6 (6,5%)
2	R	2 (2,1%)
3	E	1 (1,1%)
4	S	5 (5,4%)
	HE	2 (2,1%)
	HS	4 (4,3%)
	RS	4 (4,3%)
	SE	2 (2,1%)
	HR	5 (5,4%)
	Всего бактериовыделителей	92 (85,1%)
	Всего больных с ТЛЧ	82 (75,9%)
	Всего больных	108 (6,5%)

Как видно из данной таблицы 2, количество больных с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам составило 51 (55,4%) случаев. Тест на лекарственную чувствительность удалось провести 82 (75,9%) больным. Для наглядности данные таблицы представлены в виде рис.1.

Распределение больных по данным теста лекарственной чувствительности

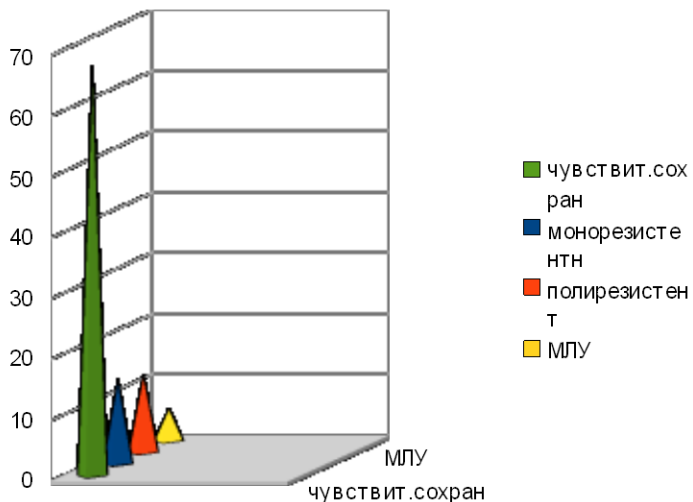


Рисунок 1

Наиболее часто определялась устойчивость к изониазиду (6,5%) и стрептомицину (5,4%), затем к рифампицину – 2,1%, к этамбутолу наименьший процент устойчивости – 1,1%. Нужно отметить, что случаев монорезистентности МБТ к ПТП у больных наблюдалось у 14 (15,2%), полирезистентные случаи устойчивости были у 17 (18,4%). Необходимо отметить, что мультирезистентность из общего числа полирезистентных случаев была довольно высока – 5,4% случаев. Среди больных устойчивость была различной по сочетанию. Наибольший процент устойчивости определялся к 2 ПТП в комбинации - S+N у 4 (4,3%) больных и S+R – у 4(4,3%) пациентов, - H+R у 5 (5,4%) больных.

Выводы:

1. В структуре клинических форм туберкулеза у больных преобладали инфильтративный туберкулез легких – 96 (88,8%). Необходимо отметить, что наиболее тяжелые формы, такие как диссеминированный туберкулез также имели место – 5 (4,6%) случаев.
2. Микобактерий туберкулеза в патологическом материале были обнаружены различными методами у 92 (85,1%) больных. необходимо отметить, что 76 (70,3%) больных микобактерий туберкулеза были выявлены бактериоскопическим методом, что указывает об обильном бактериовыделении.
3. Случаев монорезистентности МБТ к химиопрепаратам у больных наблюдалось у 14 (15,2%), полирезистентные случаи устойчивости были у 17 (18,4%) случаев. Мультирезистентность из общего числа полирезистентных случаев была довольно высока — 5,4% случаев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический обзор по туберкулезу в РК.-Алматы.2010.
- 2 Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации национальной программы борьбы с туберкулезом в Казахстане. //Фтизиопульмонология. – 2011.-№2(19).-С.6-9.
- 3 Браженко О.Н. Фтизиопульмонология. Учебное пособие для высших уч. Завед. Академия. 2006. -367.

Түйін: Қазіргі таңда науқастар арасында тыныс алу ағзаларының туберкулезінің өкпенің инфильтративті туберкулезі 96 (88,8%) жиілікте кездеседі. Өкпенің диссеминарленген туберкулезі 5 (4,6%) науқастарда анықталған. Туберкулез микобактериясы қакырықта түрлі әдістермен 92 (85,1%) науқаста анықталған. Оның ішінде 76 (70,3%) жағдайда туберкулез микобактериясы микроскопиялық әдісімен анықталды. Яғни бұл науқастар туберкулез микобактериясын өте көп молщерде бөліп шығаратының дәлелі. Туберкулез микобактериясы дәріге төзімділігі 14 (15,2%) жағдайда монорезистенттілікті, 17 (18,4%) жағдайда полирезистенттілікті, оның ішінде 5,4% жағдайда мультирезистенттілікті көрсетті.