

жұмыстары және жұмыс қалпы өзгереді, бірақ негізгі міндеттер сақталады: туберкулезге қарсы іс – шаралар бұл – туберкулезге қарсы мекемелердің жұмысы ғана емес, сонымен қатар жалпы емдеу профилактикалық мекемелердің, бүкіл медицина салаларының қызметін біріктіру жұмысы. Қазақстан Республикасында туберкулезді бақылау ұлттық бағдарламасы, яғни туберкулезбен ауыратын науқастарды дер кезінде анықтау, туберкулез инфекциясының таралуын төмендету, ТМБ бөлетін және де туберкулездің басқа да формасымен ауыратын науқастарға сапалы ем жүргізу мемлекеттік деңгейде бақылауға алынған.

Summary

The analysis of frequency of distribution of tuberculosis is presented among children and teenagers in the South-Kazakhstan area, conducted on the basis of data of official statistics - National center of problems of tuberculosis of Ministry of health and social development of republic of Kazakhstan after 2013-2015. For period from 2013 to 2015 in the South-Kazakhstan area and on the whole on Republic of Kazakhstan the decline of morbidity and sickness is educed by tuberculosis of children and teenagers. Distribution of tuberculosis among children and teenagers in the South-Kazakhstan area below, than on the whole on Republic of Kazakhstan. In 2015 rates of decline of morbidity and sickness of children and teenagers of the South-Kazakhstan area and on Republic of Kazakhstan diminished in connection the increase of indexes as compared to previous. The role of tuberculosis in the world deepens in connection with the height of quantity of population, prevalence of HIV infection. Not a single country can ignore the problem of tuberculosis, as he threatens to the health of population, state of economy and further development of society. High index of morbidity by tuberculosis and from him mostly is a death rate investigation of incongruous measures of fight and ignoring of illness. A manner and matter of organizationally-methodical work of antiphthisic dispensaries change in new terms, but basic principle is saved: antiphthisic events are not only work of antiphthisic establishments but also common cause of all medical and preventive establishments, combining effort of all medical public. The national scrutinous program above tuberculosis in Republic of Kazakhstan comes true at state

level for the decline of distribution of tubercular infection by the timely exposure of patients by tuberculosis, distinguishing mycobacteria of tuberculosis and quality treatment of patients all forms of tuberculosis.

Резюме

Представлен анализ частоты распространения туберкулеза среди детей и подростков в Южно-Казакхстанской области, проведенный на основании данных официальной статистики - Национального центра проблем туберкулеза Министерства здравоохранения и социального развития республики Казахстан за 2010-2015гг. За период с 2010 по 2014г. в Южно-казахстанской области и в целом по Республике Казахстан выявлено снижение заболеваемости и болезненности туберкулезом детей и подростков. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в Южно-Казакхстанской области ниже, чем в целом по Республике Казахстан. В 2014г. темпы снижения заболеваемости и болезненности детей и подростков Южно-Казакхстанской области и по Республике Казахстан уменьшались в связи увеличением показателей по сравнению с предыдущим годом. Роль туберкулеза в мире углубляется в связи с ростом численности населения, распространенности ВИЧ-инфекции. Ни одна страна не может игнорировать проблему туберкулеза, поскольку он угрожает здоровью населения, состоянию экономики и дальнейшему развитию общества. Высокий показатель заболеваемости туберкулезом и смертности от него чаще всего является следствием несоответствующих мер борьбы и игнорирование болезни. В новых условиях меняются форма и содержание организационно-методической работы противотуберкулезных диспансеров, но сохраняется основной принцип: противотуберкулезные мероприятия – это не только работа противотуберкулезных учреждений, но и общее дело всех лечебно-профилактических учреждений, объединение усилий всей медицинской общественности. Национальная программа контроля над туберкулезом в РК осуществляется на государственном уровне для снижения распространения туберкулезной инфекции путем своевременного выявления больных туберкулезом, выделяющих микобактерии туберкулеза и качественного лечения больных всеми формами туберкулеза.

УДК 616.24-002.5:579.252.55 C-02

Особенности течения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких

Бектасов С.Ж.

Национальный центр проблем туберкулеза РК

Ключевые слова: множественная лекарственная устойчивость, широкая лекарственная устойчивость.

Актуальность

Современная ситуация в Казахстане характеризуется позитивными изменениями в динамике основных

эпидемиологических показателей. Так, заболеваемость туберкулезом в стране снизилась более чем в 2,2 раза (со 147,3 в 2005 году до 66,4 на 100 тыс в 2014г.), а смертность в 4,2 раза (с 20,8 в 2005г. до 4,9 в 2014г.). В 2014 году по сравнению с 2013 годом уменьшилась частота за-

пущенных форм туберкулеза, в 2 раза снижены случаи туберкулезного менингита среди взрослых (1,2). Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации, большую актуальность приобрела проблема лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к химиопрепаратам. Увеличение числа безработных, лица, употребляющих ИН, освободившихся из мест лишения свободы, беженцев, мигрантов, лиц БОМЖ и др.), снижение уровня жизни населения в целом и ряд других медико-социальных причин способствуют увеличению удельного веса больных с первичной (23,8%) и приобретенной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам (40,0%) (3). В последние годы все больше появляется работ, касающихся лекарственно-устойчивого туберкулеза, как в Казахстане, так и в ряде других стран. Обсуждаются методы определения лекарственной устойчивости и новые возможности получения более быстрого ответа, что важно для своевременной адекватной терапии. Изучению особенностей течения и эффективности лечения туберкулеза легких у взрослых больных, выделяющих резистентные МБТ, применению ряда новых препаратов и схем лечения посвящен ряд научных исследований (4). Все научные изыскания обосновывают большую значимость развития лекарственной устойчивости МБТ, что осложняет течение заболевания, исходы и представляет эпидемиологическую опасность заражения лекарственно-устойчивыми формами МБТ, что и определяет актуальность данной работы.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких на современном этапе.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленными задачами проведено наблюдение за 534 больными в возрасте 18 - 78 лет, находившихся на лечении в терапевтическом отделении НЦПТ РК в период 2014-2015 гг. Общеклиническое обследование включало в себя изучение анамнеза заболевания больного, а также физикальные методы исследования. Всем больным проводилось обследование по общему диагностическому минимуму: анализы крови и мочи, исследование мокроты и другого диагностического материала на микобактерии туберкулеза, биохимическое исследование функции печени, ультразвуковое исследование, детальное рентгенологическое обследование. В ряде случаев проводили компьютерную томографию органов дыхания, бронхологическое исследование. Рентгенологическое исследование легких проводилось при поступлении и в динамике каждые два месяца. При поступлении всем больным делали прямую и боковую рентгенограммы, томограммы одного или обоих легких. При необходимости делали боковые томограммы. Динамическое наблюдение позволяло выявить прогрессирование туберкулезного процесса и оценить репаративные реакции.

Обсуждение и результаты

Распределение по полу и возрасту наших больных соответствовало общей тенденции поступления больных в

стационар. Несколько больше было мужчин - 298 пациентов (55,8%), женщин - 236 (44,1%). Наибольшей по численности оказалась возрастная группа 19-49 лет-403 (75,4%). В возрасте 50 лет и старше было 131 пациента (24,5 %). Изучая социальное положение пациентов, было выяснено: 2/3 пациентов имели факторы риска: 188 (35,2%) пациентов не имели семьи или были разведены. 14 (2,6%) человек – это лица без определенного места жительства. Более половины больных страдали хроническим алкоголизмом, наркоманией, 1/3 пациентов были освобожденные из исправительно-трудовых учреждений. У 219 (41,1%) больных были неудовлетворительные условия жизни (проживание в общежитии, коммунальных квартирах, неблагоустроенных частных домах и т.д.). Контакт с больным туберкулезом был установлен у 237 (44,4%) анализируемых больных, причем преимущественно это был бациллярный семейный контакт - у 135 (25,2%) человек, 23 (4,3%) пациента находились в двойном внутрисемейном контакте, 19 (3,5%) пациентов были из «очага смерти». При поступлении у больных были выявлены следующие формы туберкулеза органов дыхания (таблица 1):

Таблица 1 - Клинические формы туберкулеза органов дыхания

| Клинические формы | Число больных | |
|------------------------|---------------|-------|
| | Абс.ч. | % |
| Инfiltrативный | 358 | 67,0 |
| Диссеминированный | 5 | 0,9 |
| Фиброзно – кавернозный | 153 | 28,6 |
| Милиарный | 10 | 1,8 |
| Туберкулезный плеврит | 3 | 0,5 |
| Туберкулезный менингит | 3 | 0,5 |
| Казеозная пневмония | 2 | 0,3 |
| Итого | 534 | 100,0 |

Как видно из таблицы 1, инfiltrативный ТБ - у 358 (62,5 %), диссеминированный туберкулез легких был диагностирован у 5 (0,9%) больных, фиброзно-кавернозный – у 153 (28,6 %), туберкулезный плеврит - у 3 (0,5 %) и казеозная пневмония - у 2 (0,3 %). Преобладание инfiltrативного туберкулеза легких среди анализируемых больных связано с общей тенденцией в клинической структуре туберкулеза в настоящее время и зависело от своевременности его выявления. Особое внимание при обследовании больных уделялось микробиологической диагностике. Всем больным при поступлении в течение первых трех дней до лечения исследовали мокроту методом люминесцентной микроскопии мазка и методом посева на плотные питательные среды Левенштейна-Йенсена и методом ВАСТЕС. Количество случаев туберкулеза с положительными результатами посева мокроты составило 75,8%. Во всех случаях роста посева мокроты проведено тестирование на лекарственную чувствительность МБТ. Результаты этого исследования были получены в среднем в течение 1 мес. У 226 (42,3%) из 534

больных диагноз туберкулеза органов дыхания установлен впервые в жизни, 308(57,6%) человек поступили из других туберкулезных учреждений.

При определении числа пациентов с первичной и приобретенной лекарственной устойчивостью среди всех бациллярных больных на момент поступления в клинику было установлено, что 226 пациента из 534 ранее не лечились. Таким образом, первичная лекарственная устойчивость составила 42,3%. Приобретенная лекарственная устойчивость отмечена в 57,6% (308 чел. из 534) больных (рис 1).

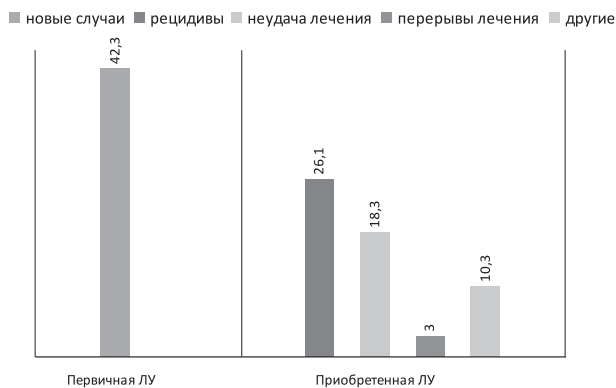


Рис 1 - Распределение больных по тестам лекарственной чувствительности (в % к итогу)

Начало заболевания было острым у 158 (29,5%), подострым - у 219 (41,0%), бессимптомным у 157 (29,4%) человек. При поступлении в стационар у 500 (93,6%) пациентов отмечались симптомы туберкулезной интоксикации. У большинства больных интоксикация была умеренно выраженного характера – 362 (67,7%) больных. Выраженная интоксикация отмечена у 115 (21,5%) и слабая - у 57 (10,6%) больных. Симптомы интоксикации (слабость, лихорадка, потливость, потеря в весе) были выявлены у 477 из 534 (89,3%) больных различными формами туберкулеза органов дыхания. Повышение температуры тела отмечалась чаще среди больных инфильтративным, диссеминированным, фиброзно-кавернозным туберкулезом. Жалобы на слабость чаще встречались у больных инфильтративным туберкулезом легких.

Выраженные симптомы интоксикации наблюдались у 2 (100,0%) больных с казеозной пневмонией, менингитом - 3 (100,0%), экссудативным плевритом - 2 (66,6%), у всех пациентов выявлялись высокая фебрильная температура тела с профузными ночными потами, выраженной адинамией и значительным снижением массы тела. Выраженные грудные симптомы (одышка, кашель с выделением мокроты, влажные хрипы) характерные для распространенных патологических изменений в легких отмечались у больных казеозной пневмонией, инфильтративным туберкулезом. Одышка у больных диссеминированным туберкулезом легких наблюдалась у 141 (26,4%), инфильтративным туберкулезом - у 116 (21,7%) и туберкулезным плевритом - у

2 (66,6%). В абсолютном большинстве (100,0%) у больных с казеозной пневмонией имелся приступообразный кашель с выделением мокроты, а при других клинических формах - соответствующий показатель составил 245 (45,8%) случаев. Сухие и влажные хрипы выслушивались при поступлении у большинства больных 398 (74,5%). Кровохарканье оказалось более частым симптомом у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом и отмечалось у 4 из 5 (80,0%) пациентов.

Степень выраженности туберкулезной интоксикации находилась в прямой зависимости от распространенности туберкулезного процесса. Среди больных патологический процесс органов дыхания носил распространенный характер у 407 человек (76,1%). Ограниченный процесс выявлен у 132 (23,7%) больных. Полости распада выявлены у 396 (74,1%) пациентов.

Поражение одной доли имелось у 287 (53,7%), 2-3 долей – 82 (15,3%), двусторонние процессы – у 165 (30,8%). Фаза обсеменения (одно и двустороннего) отмечена в 445 (83,3%) случаях. Среди анализируемых больных с лекарственной устойчивостью скудное бактериовыделение определялось в 154 (28,8%) случаях, а преобладало обильное бактериовыделение в 309 (57,8%). В 71 (13,2%) случае бактериовыделение не обнаружено. Среди больных с подтвержденной лекарственной резистентностью, устойчивость была различной, как по количеству препаратов, так и по их сочетанию (рисунок 2).

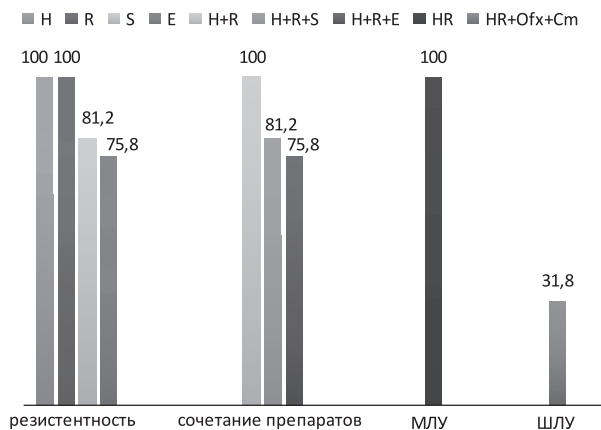


Рис 2. Распределение больных с различным уровнем лекарственной резистентности

МЛУ возбудителя туберкулеза установлена в 100,0%, у штаммы при ШЛУ- в 31,8% случаях. При ШЛУ штаммов возбудителя, т.е. резистентность МБТ обнаруживалась одновременно к HR, к аминогликозидам и фторхинолонам. Любая резистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам первого ряда (ППР) установлена в 100,0%, второго ряда (ПВР) - у 75,8% пациентов. При этом отмечен следующий спектр резистентности МБТ к ПВР: к двум ПВР в 31,9%, к трем ПВР в 30,6%, к четырем ПВР в 22,4%, к 5 ПВР 11,5% и к 6 ПВР в 2,7%. (рисунок 3).

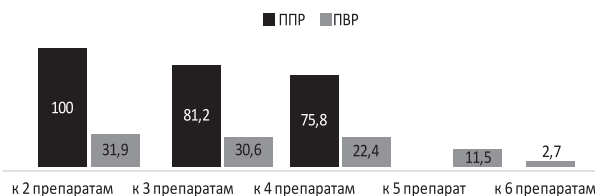


Рис. 3 Резистентность МБТ к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда

Анализ резистентности МБТ к отдельным ПВР показал, что наиболее часто резистентность отмечалась к Pto/ Eto (47,7%), Cm (11,0%), Cs (13,0%), Ofx (8,0%), Am (7,0%) больных и PAS (13,3%). Развитие лекарственной устойчивости МБТ у данных пациентов можно связать с рядом причин: плохая переносимость химиопрепаратов, нарушение режима лечения больными, перенесение интеркуррентного заболевания (36,1%).

Чаще наблюдались: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (35,8%) и мочевыделительной системы (55,5%), гепатобилиарной системы (8,4%), заболевания сердечно-сосудистой системы имелись в 10,1%, сахарный диабет в 14,1%.

Патология в бронхах была выявлена у 169 (31,6%) больных в виде неспецифического эндобронхита различной степени воспаления, деформации бронхов, нарушения дренажной функции.

Осложненное течение рецидивов туберкулеза наблюдалось у 193 (36,1%). Чаще всего среди осложнений наблюдались: легочно-сердечная недостаточность - у 59 (11,0%), дыхательная недостаточность - 8,8% (у 47 больных). Легочные кровотечения и кровохарканья наблюдались у 8 больных (1,4%), туберкулез бронхов - у 7 (1,3%), экссудативный плеврит - у 14 (2,6%).

Эффективность основного курса химиотерапии оценивалась по показателям прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка и посева мокроты и закрытия деструктивных изменений в легких. В результате лечения ПВР на стационарном этапе прекращение бактериовыделения отмечено у 87,1% больных МЛУ ТБ, при ШЛУ ТБ оно составило 70,5% случаев.

При лечении ПВР у 40,8% больных наблюдались различные побочные реакции, с отменой препарата у 33,6% больных. Преобладали токсические реакции различной степени выраженности, чаще на препараты ПАСК - в 10,0%, протионамид - 36,6%, пипразинамид - в 15,8%, кларитромицин - 7,5%; циклосерин - в 5,0%.

Таким образом, наш анализ течения лекарственно устойчивого туберкулеза в современных эпидемических условиях позволяет выделить основные характерные факторы:

- Массивное бактериовыделение (57,8%);
- Тяжелая сопутствующая патология (36,1%);
- Преобладание распространенных и тяжелых форм туберкулеза органов дыхания (76,1%), с полостями распада (74,1%);
- Начало заболевания чаще подострое (41,0%), с симптомами туберкулезной интоксикации (93,6%), умеренно выраженного характера (67,7%).

- Высокая частота осложненного течения (36,1%);
- Высокая первичная лекарственная устойчивость (42,3%), приобретенная (57,6%).
- МЛУ возбудителя туберкулеза (100,0%), ШЛУ (31,8%).
- резистентность МБТ к ППР (100,0%), к ПВР: к двум ПВР в 31,9%, к трем ПВР в 30,6%, к четырем ПВР в 22,4%, к 5 ПВР 11,5% и к 6 ПВР в 2,7%.
- Резистентности МБТ к ПВР: Pto/ Eto (47,7%), Cm (11,0%), Cs (13,0%), Ofx (8,0%), Am (7,0%) больных и PAS (13,3%).
- Высокая частота лекарственной непереносимости у больных (40,8%), с отменой препарата у 33,6% пациентов.

Литература

1. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Республике Казахстан. – Алматы, 2015. – 38с.
2. Кривонос, О.В. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации / О.В. Кривонос, Л.А. Михайлова, Е.И. Скачкова М.: Изд-во «Триада», 2010. - 224 с.
3. Мишин, В.Ю. // Пробл. туб. и болезней легких.- 2002. -№12.-С. 18-22.
4. Нечаева, О.Б. // Пробл. туб. и болезней легких. - 2003. - №9. - С. 86-97.

Тұжырым

Қазіргі таңдағы туберкулез 57,8% микобактерияны көп мөлшерде бөлу, жайылған түрлері -76,1%, ыдырау қуыстары -74,1%, асқынулары -36,1%, біріншілік -42,3%, екіншілік дәріге төзімділігі - 57,6% көріністерімен сипатталады. Сонымен қатар КДТБ 100,0%, ал ДАТ ТБ 31,8% кездеседі. ТМБ бірінші қатардағы дәріге 100,0% төзімді болып кездеседі. Дәріге жанама белгілері 40,8% құрап отыр.

Summary

Up-to-day tuberculosis is characterized by massive mycobacteria emission (57,8%), with prevalence of advanced and heavy forms (76.1%), with destruction cavities (74.1%), primary (42.3%) and acquired drug resistance. At this, MDR in tuberculosis agent is identified really in 100%, and XDR in 31,8%, with resistance to the drugs of the 1st line in 100. Frequency of drug resistance reaches up to 40,8%

Резюме

Туберкулез сегодняшнего дня характеризуется массивным бактериовыделением (57,8%), преобладанием распространенных и тяжелых форм (76,1%), с полостями распада (74,1%), высокой частотой осложнений (36,1%), первичной (42,3%) и вторичной (57,6%) лекарственной устойчивостью. При этом МЛУ возбудителя туберкулеза определяется в 100,0%, а ШЛУ - в 31,8%, с резистентностью МБТ в 100,0% к препаратам первого ряда. Частота лекарственной непереносимости достигает 40,8% случаев.

Диагностика злокачественных новообразований легких в клинике фтизиатрии

Егенова Л.П., Галиева К.Б.

Национальный центр проблем туберкулез, Алматы, Казахстан

Ключевые слова: опухоль легкого, фибробронхоскопия с биопсией, туберкулома, метастатический рак легких, морфологическое исследование биоптата, компьютерная томография, ранняя диагностика.

Введение

Современная медицина использует целый ряд диагностических процедур и тестов для обнаружения рака легких. Туберкулез и рак легкого относятся к числу широко распространенных заболеваний, часто встречаются в одних и тех же возрастных группах, у людей с наличием одинаковых факторов риска, имеют схожие клиничко-рентгенологические проявления и методы обследования. Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний и опухоли легких не представляет особых затруднений в тех случаях, когда данные анамнеза и клинические проявления их выражены достаточно четко. Однако нередко клиничко-рентгенологические показатели рассматриваемых заболеваний слабо выражены или у одного и того же больного выявляются признаки, характерные для обоих заболеваний [1, 2]

Дифференциальная диагностика между туберкулезом и метастатическим раком требует учета и анализа анамнеза больного, развития заболевания, данных клинического, рентгенологического и инструментального методов обследования. Прогрессирующие туберкулемы дают характерную клинику, проявляются изменениями в гемограмме и бацилловыделением. При метастазах клинику часто определяет первичный раковый узел в том или ином органе. Указание на перенесенную операцию или специальное лечение по поводу внелегочной опухоли может существенно облегчить диагноз.

Помогают в дифференциальной диагностике инструментальные методы исследования с биопсией и последующим гистологическим и цитологическим исследованием полученного материала. Дифференциальная диагностика округлых теней в легких требует комплексного анализа всех данных о больном: оценки клинических проявлений, данных лабораторного и рентгенологического исследования, результатов инструментальных, гистологических и цитологических методов, исследований биоптатов и аспирационной жидкости, полученных при биопсии и эндоскопии [3].

Все больные, с выявленными изменениями на флюорограммах, для дообследования чаще всего направля-

ются в противотуберкулезные учреждения [4]. В настоящее время противотуберкулезный диспансер (ПТД) является диагностическим центром, куда направляются для уточнения диагноза и лечения больные с подозрением на туберкулез, опухоли и другие заболевания легких [5]. Следует отметить, что обследование больных в ПТД направлено в основном на верификацию туберкулезного процесса [6-9], что нередко ведет к поздней диагностике опухолей.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей диагностики рака легкого и определение информативности различных методов обследования в условиях фтизиатрической клиники.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследований 809 пациентов, находившихся в клинике НЦПТ, дифференциально - диагностическом отделении в 2013-2014-2015-гг. Частота выявления рака бронхолегочной системы составила 4,9% (40 больных). Диагноз рака бронхолегочной системы во всех случаях был установлен и подтвержден по результатам комплексного клиничко-рентгенологического, бронхологического и морфологического исследований.

Результаты исследования. Изучена информативность данных рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и бронхологического исследования в диагностике рака легкого у 40 больных в НЦПТ ДДО. Диагноз рака легкого установлен и верифицирован с помощью бронхологического исследования у 40 (100%) больных, при КТ у 19 (47,5%) и при рентгенографии у 21 (52,5%) больных.

Средний возраст наблюдаемых пациентов составил 60,3±1,5 лет (от 24 до 78 лет), мужчин было 55%, женщин - 45%.

Изменения в легких у 25 (62,5%) пациентов были выявлены при обращении за медицинской помощью к врачу - терапевту или фтизиатру с жалобами со стороны органов дыхания. При проведении плановых флюорографических обследований выявлено 15 (37,5%) больных, и только у 5 (12,5 %) из них не имелось клинических проявлений болезни. Установлено, что 3 пациентов в течение двух последних лет перенесли пневмонии, а 4 - туберкулез.

Девять человек (22,5%) поступили в клинику из противотуберкулезных диспансеров, 13 пациентов (32,5%) из стационаров общего профиля, 18 (45%) - из поликлиник. Среди 9 больных, поступивших из ПТД, чет-