

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ НА ПРИМЕРЕ СЛУЧАЯ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Г.Н. Чугунова, Н.С. Караваев, Л.И. Медведева, Т.Б. Богданова, Н.Н.Макарьева

Госпиталь с поликлиникой УВД Рязанской области
Рязанский областной противотуберкулёзный диспансер

Задачей врачей амбулаторно–поликлинического звена остаётся работа по раннему выявлению больных туберкулёзом, т.к. борьба с туберкулёзом является первостепенной по важности проблемой здравоохранения в том числе среди социально-дезадаптированных групп и групп высокого риска развития этого заболевания. В настоящее время особого внимания заслуживают лица, переехавшие из эпиднеблагополучных районов (учитывая масштабы миграции): им необходимо проводить более тщательное обследование при выдаче медицинского сертификата и в дальнейшем наблюдать их как лиц, относящихся к группе риска.

Во всем мире туберкулёз остаётся важной проблемой здравоохранения. Современное положение с туберкулёзом в России следует охарактеризовать как серьёзную и бурно нарастающую эпидемию. За последние 10 лет основные его эпидемиологические показатели возросли более чем в два раза и стали самыми высокими в Европе [1, 5, 6, 8, 9]. Заболеваемость туберкулёзом по Рязанской области также остаётся достаточно высокой, причем отмечается её рост за последние 3 года с 76,6 в 2002 г. до 80,9 в 2004 г. на 100 тыс. населения. Ухудшению ситуации по туберкулёзу в России способствуют сложившиеся неудовлетворительные экологические и социально-экономические условия, сопровождающиеся высокой безработицей, снижением уровня жизни населения, увеличением числа социально дезадаптированных людей, среди которых отмечается наиболее высокая заболеваемость туберкулёзом. Сюда же следует отнести неполноценное питание, плохие жилищные условия, неустроенность и нестабильность жизни, частые стрессовые ситуации, рост алкоголизма, наркомании, курения, ВИЧ-инфекции, хронических заболеваний. Кроме того, в Россию хлынул поток мигрантов из бывших республик Средней Азии и Закавказья, где заболеваемость туберкулёзом наиболее высока [3, 5, 6, 7, 10]. Большим резервуаром туберкулёзной инфекции всегда были исправительные учреждения, где отмечались наиболее тяжёлые формы этого заболевания. Причиной этого является низкий уровень санитарной культуры осуждённых, часто сопутствующий хронический алкоголизм, перенаселённость жилых помещений, негативное отношение к назначениям медперсонала, в т.ч. в связи с незаинтересованностью в полном выздоровлении, отменяющим усиленное питание, значительные послабления в режиме содержания и другие льготы. По данным статистики, из числа больных туберкулёзом, освободившихся из исправительных учреждений, 40% не

обращается за лечением, оставаясь массивным источником инфекции [6, 7]. Проблема лечения этих больных в основном психологическая – сложность осознания ими необходимости постоянного длительного приёма противотуберкулёзных препаратов. Как правило, без лечения они погибают в течение полугода после освобождения из мест заключения [2, 7].

Нарастание эпидемии туберкулёза в России сопровождается не только количественными, но и выраженными качественными изменениями этого заболевания: увеличилась частота тяжёлых деструктивных форм туберкулёза среди впервые заболевших, в связи с чем, в клинической классификации туберкулёза восстановили такие формы, как казеозная пневмония и милиарный туберкулёз, уже ставшие редкостью в предшествовавшие эпидемии годы [4, 6]. Второй особенностью современной эпидситуации является резкое возрастание частоты как первичной, так и вторичной лекарственной устойчивости [5, 10, 11].

Наше наблюдение. Больная Е., 30 лет, заболела 17.09.04 г.: поднялась температура до $38,8^{\circ}$, появилась слабость, кашель сначала сухой, а затем со светлой мокротой. При обращении в поликлинику УВД сделана рентгенограмма легких и с подозрением на инфильтративный туберкулёз легких больная была сразу госпитализирована в РОПТД. Из анамнеза: в феврале 2003 г. переехала из Узбекистана после развода с мужем, снимала квартиру с двумя детьми - 4 и 6 лет, религиозна (член общества Евагелистов 7-го дня), работала уборщицей.

Пациентка отмечала аллергию на цветущие злаки. При устройстве на работу в ноябре 2003 г. проходила ФЛГ – патологии выявлено не было.

При поступлении состояние больной относительно удовлетворительное, пониженного питания, $t^{\circ} - 37,5^{\circ}$. В лёгких единичные влажные хрипы в н/о справа, ч.д.д. –18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ч.с.с. – 70 в мин., АД = 105/70 мм. рт. ст. Рентгенологически: справа в S_6 определяются множественные полостные образования 1,5–2 см с утолщёнными стенками, участки инфильтрации с нечеткими контурами, очаги разной величины, слева в S_6 немногочисленные очаги. При исследовании люминесцентным методом - в мокроте обнаружены МВТ (+), в анализе крови СОЭ – 46 мм в час. Учитывая выше изложенное, был поставлен диагноз: Инфильтративный туберкулёз н/д правого лёгкого в фазе распада и обсеменения, 1 А группа учёта, ВК +.

Лечение: назначен режим №1: SHRZ. На 10 день лечения появились зуд и сыпь по типу крапивницы, тошнота, рвота, жидкий стул, ухудшился аппетит, повысилась t° до $38,4^{\circ}$, сначала на введение стрептомицина, а затем и на все остальные препараты 1-го ряда. Всё это сопровождалось снижением АД до 80/60 мм. рт. ст., повышением уровня АЛат до 1,4 мМоль/л, СОЭ снизилось с 46 до 26 мм в час, при УЗ исследовании брюшной области – умеренное диффузное поражение печени, S-образная деформация желчного пузыря (токсический гепатит ?).

Все противотуберкулезные препараты были отменены, назначены эссенциале, глюкоза в/в, карсил. Попытки подбора терапии канамицином, изониазидом также не увенчались успехом: выраженные проявления крапивницы. Для рационального назначения лечения был выполнен анализ крови на алерголейкоцитоз, который выявил (+) реакцию на RSKHZRb.

Больная переведена на индивидуальный режим лечения ломфлосом 200 мг/день и этамбутолом под прикрытием антигистаминных препаратов. Несмотря на это, общее состояние ухудшилось: усилился кашель с выделением обильной слизисто-гнойной мокроты, сохранялась высокая лихорадка, выраженная слабость, поя-

вились боли в животе, жидкий стул 2-3 раза в сутки, значительно снизилась масса тела, СОЭ возросла до 49 мм/час, Нб-108 г/л, продолжалось массивное бактериовыделение. В связи с продолжением прогрессирования заболевания досрочно 03.11.04 г. произведено Ro-логическое исследование: справа значительное нарастание очагов, инфильтрации, появление новых полостей распада, слева количество очагов такжеросло. В анализе кала методом флотации обнаружены МБТ (+), в связи с этим нельзя было исключить туберкулёз кишечника.

23.12.04 г. у пациентки появилось кровохарканье в виде розовой пенистой мокроты, единичных прожилок алой крови; усилилась одышка до 22 в мин., АД = 60/40 мм. рт. ст., проводилась гемостатическая терапия с (+) эффектом.

Ro-ки: значительное прогрессирование туберкулёзного процесса в виде увеличения имеющейся и появление дополнительных полостей справа, а также крупная полость слева с тонкими стенками, нарастание инфильтрации справа в н/д.

Бактериовыделение сохранялось. Лечение продолжалось в индивидуальном режиме: ломфлак, протионамид, каприомицин 60 доз, полиоксидоний №16, витамины, гепатопротекторы, лечебное парентеральное питание берламин – модуляр.

В дальнейшем отмечено прогрессивное ухудшение состояния больной: потеря веса с 52 до 40 кг, анемия. При осмотре резко истощена, тургор кожи снижен; в легких средне- и крупнопузырчатые хрипы, шум трения плевры; гипотония. Мокрота слизистая до 0,5 л в сутки, бактериовыделение продолжалось. Температура снизилась с фебрильных до субфебрильных цифр. Процесс приобрёл двухсторонний характер, течение по типу казеозной пневмонии. К лечению добавлены глутаксим, белковые препараты. Прогноз неблагоприятный. Оперативное лечение не показано.

В течение последующего месяца состояние больной продолжало медленно ухудшаться: выраженная слабость, онемение рук, ног, сильный кашель, плохой сон и аппетит, t° от $37,5^{\circ}$ до 39°C . Кожа бледная. В легких сухие и влажные хрипы, ч.д.д. – 22 в мин. АД=80/40 мм. рт. ст., Ps –100 в мин. Выраженное истощение. Сохранялось обильное бактериовыделение. В анализе крови нарастало СОЭ, лейкоцитоз $15,3 \cdot 10^9/\text{л}$ с палочкоядерным сдвигом.

Лечение: феназид – 0,25, ломфлак – 200 мг, протионамид – 0,5; курс каприомицина закончен, глутаксим в/в капельно, берламин – модуляр для парентерального питания, дезинтоксикационная терапия.

Несмотря на проводимую терапию в течение 5 месяцев состояние пациентки оставалось тяжёлым: лихорадка, выраженная слабость – с трудом вставала с постели, одышка в покое: 26–32 дых/мин, кашель со слизисто-гноной мокротой, периодически эпизоды кровохарканья, жалобы на боли во всём теле, в области желудка, эмоционально лабильна – от плаксивости до агрессии.

В последующем в анализе крови вырос лейкоцитоз до $16,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 48 мм/час, Нб снизился до 111 г/л. В мокроте - обильное бактериовыделение, рост более 100 колоний (установлено НРЕ). Лечение получала с учётом устойчивости и переносимости, без эффекта: посев мокроты – устойчивость к RHKS, чувствительная к E.

Через 6 месяцев активного лечения Ro-ки: дальнейшее прогрессирование процесса – правое лёгкое разрушено, слева в в/д увеличилась полость, очаговая диссеминация по всему полю.

Пациентка скончалась при явлениях легочно-сердечной недостаточности 19.03.05 г. От вскрытия родственники по религиозным соображениям отказались.

Заключительный диагноз: Инфильтративный туберкулёз н/доли правого легкого в фазе распада и обсеменения, течение по типу казеозной пневмонии, МБТ (+). Легочно-сердечная недостаточность в стадии декомпенсации.

Тяжесть течения инфильтративного туберкулёза, протекавшего по типу казеозной пневмонии в приведенном случае обусловлена: 1) отсутствием у больной чувствительности – сначала к трём, а затем развитием лекарственной устойчивости ко всем противотуберкулёзным препаратам; 2) поливалентной аллергией, в том числе и на противотуберкулёзные препараты, проявляющейся в виде крапивницы и диспепсии; 3) более выраженными побочными эффектами от лечения на фоне сопутствующего хронического холецистита; 4) снижением иммунитета в результате психологической травмы (развод, переезд, низкий уровень заработной платы при наличии двоих маленьких детей, алиментарная гипотрофия).

Таким образом, до настоящего времени борьба с туберкулёзом является первоочередной по важности проблемой здравоохранения. Задачей врачей амбулаторно-поликлинического звена остаётся работа по раннему выявлению больных туберкулёзом, в том числе среди социально-дезадаптированных групп и групп высокого риска развития этого заболевания. Особого внимания заслуживают лица, переехавшие из эпиднеблагополучных районов (учитывая масштабы миграции): им необходимо проводить более тщательное обследование при выдаче медицинского сертификата и в дальнейшем наблюдать их как лиц, относящихся к группе риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богадельникова И. Туберкулёз на пороге третьего тысячелетия / И. Богадельникова, М. Перельман // Врач. - 1997. - № 7. - С. 2-6.
2. Валиев Р.Ш. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулёзе / Р.Ш. Валиев, Г.А. Идиятуллина // Пробл. туберкулёза. - 2000. - №1. - С. 4-7.
3. Визель А.А. Туберкулёз // А.А. Визель, М.Э. Гурьева; под ред. д.м.н. М.И. Перельмана – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.
4. Дворецкий Л.И. Туберкулёз в клинике внутренних болезней / Л.И. Дворецкий // Рус. мед. журн. - 1998. – Т. 6, №11. - С. 707–713.
5. Карачунский М.А. Туберкулёз в наши дни / М.А. Карачунский // Медицинская сестра. - 2002. - №6. - С. 21–27.
6. Карачунский М.А. Туберкулёз в наши дни / М.А. Карачунский // Рус. мед. журн. - 2001. – Т.9, №21. - С. 951-953.
7. Москалева С.Н. Сестринское дело при туберкулёзе / С.Н. Москалева. – М.: Паритет, 2000.
8. Перельман М.И. Туберкулёз в России / М.И. Перельман // Consilium medicum, - 2001. – Т.3, №12. - С. 564–568.
9. Хоменко А.Г. Туберкулёз в 21 веке: новые подходы в диагностике и фтизиогенезе / А.Г. Хоменко // Рос. мед. вести. - 1999. – Т.4, №2. - С. 21-26.
10. Хоменко А.Г. Туберкулёз в России в конце 20 века / А.Г. Хоменко // Врач. - 1996. - №7. - С.24-26.
11. Чуканов В.И. Проблема излечения больных туберкулёзом органов дыхания / В.И. Чуканов // Рус. мед. журн. - 2001. – Т.9, №21. - С. 954–959.

THE PARTICULAR FEATURES OF THE INFILTRATIVE TUBERCULOSIS IN CONTEMPORARY CONDITIONS ON AN EXAMPLE OF A CASE FROM CLINICAL PRACTICE

G.N.Chugunova, N.S.Karavaev, L.I.Medvedeva, T.B.Bogdanova, N.N.Makarjeva

Today the aim of the doctors of the dispensary – clinic section is to identify TB patients as early as it is possible in different layers of the society including social non adapted groups and risk groups, because the struggle with tuberculosis is one of the most important problems of public health service. Nowadays, taking into account the ысфду of migration, we must carefully examine persons who come from the areas where epidemic can break, when we give them medical certificates. Later they should be under clioese observation as persons of the risk group.