

Социально-клиническая характеристика казеозной пневмонии в Армении

М. А. Оганнисян

Национальный институт здравоохранения МЗ РА

375051 Ереван, проспект Комитаса, 49/4

Ключевые слова: казеозная пневмония, остро прогрессирующий туберкулез, самостоятельная форма, бактериовыделение

Казеозная пневмония (КП) является самой яркой и наиболее тяжелой деструктивной формой остро прогрессирующего туберкулеза легких. Она может проявляться как впервые выявленная самостоятельная форма и как результат прогрессирования, осложнения течения других форм туберкулеза [6, 7]. Это, можно сказать, признак злокачественного течения туберкулезного процесса. КП может развиваться как в одном, так и в обоих легких, поражая целую долю, и в начальных фазах заболевания может протекать под маской обычной крупозной или сливной лобулярной пневмонии [4].

Клиническая картина при КП имеет острое начало, реже – подострое. Отмечается выраженный интоксикационный синдром – высокая температура до 38–40°, резко выраженная слабость, обильное потоотделение, особенно по ночам, ухудшение аппетита, потеря веса вплоть до истощения, кашель с мокротой, возможно осложнение процесса кровохарканьем или даже легочным кровотечением, одышка, тахикардия.

Микроскопическое исследование мокроты на наличие микобактерий туберкулеза (МБТ) дает положительный результат, часто МБТ обнаруживаются в большом количестве, особенно при развитии деструктивного процесса.

В периферической крови у больных могут быть выявлены лейкоцитоз, лимфопения, которая является как бы обязательным признаком КП, сдвиг влево с увеличением числа палочкоядерных клеток, увеличение СОЭ до 30–60 мм/ч.

Туберкулиновая реакция при выраженной интоксикации может быть отрицательной или слабоположительной [8]. Исследование иммунного статуса выявляет глубокое нарушение иммунитета как по количеству иммунокомпетентных клеток, так и по их функциональной недостаточности, вплоть до их гибели [1].

При КП характерно быстрое развитие необратимых патологических изменений в легочной ткани, ранний распад с образованием пневмониегенных ка-

верн. Процесс трудно поддается лечению из-за наличия большого объема поражения, подавления иммунитета и лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, которая встречается у этих больных [2, 3].

Материал и методы

Нами проанализированы социальные и некоторые клинические характеристики больных КП в Армении. При разработке материала мы пользовались общепринятыми признаками КП, изложенными в литературе [5, 9], а также лабораторными и рентгенологическими данными больных. Для выявления социального статуса больных, клинических проявлений и течения болезни использованы данные историй болезни и архивные материалы. Проведено наблюдение за 60 больными КП, находившимися на лечении в РКПТД в течение 2001–2003 гг.

Результаты и обсуждение

Выявление больных КП проводилось преимущественно по обращаемости (массового выявления в республике сегодня нет).

Из общего числа больных мужчины составили 78%, женщины – 22%. Возрастная структура больных КП представлена в табл. 1.

Как видно из табл. 1, КП чаще всего встречается в молодом возрасте – больные в возрасте 15–35 лет составили 70% от числа всех больных; подобная закономерность выявлена как среди мужчин, так и среди женщин.

Анализ социального статуса больных КП показал, что среди них преобладали лица с невысоким уровнем образования: незаконченное среднее образование имели 11 больных, среднее образование – 43, техникум

Таблица 1

Пол	Возраст больных в гг.					Всего больных
	15-25	26-35	36-45	46-55	Старше 55	
Муж.	23(49%)	8(17%)	11(23%)	4(9%)	1(2%)	47(100%)
Жен.	8(61%)	3(23%)	1(8%)	1(8%)	0(0%)	13(100%)
Итого	31(52%)	11(18%)	12(20%)	5(8%)	1(2%)	60(100%)

закончили двое, незаконченное высшее образование – 1. 1 больной являлся студентом колледжа и 2 больных были школьниками. Трудовая занятость заболевших представлена в табл. 2.

Таблица 2

Пол	Работа ли	Не рабо- тали	Студенты, школьники	Пенсио- неры	Сол- даты	Всего
Муж.	11	19	0	2	16	60
Жен.	0	8	3	1	—	

Как видно из табл. 2, 16 больных были солдатами. Все они прошли военную комиссию на сборных пунктах, у двоих был выявлен процесс в легких, но только одного отправили в РКПГД, а второго, который к тому же входил в группу риска (имел семейный контакт: брат умер от туберкулеза), был призван на службу; 13 больных были в заключении.

Жилищно-бытовые условия больных были плохие у 17%, неудовлетворительные – у 48%, удовлетворительные – у 33%, хорошие – у 2%. Как видно из приведенных данных, у большинства больных (65%) жилищно-бытовые условия были неблагоприятными.

Контакт с больными туберкулезом был установлен у 62%, остальные 38% контакт отрицают.

Семейное положение больных было следующее: состоят в браке 33%, разведены 13% и холосты 52%.

Вредные привычки имели немногие: 18% употребляли алкоголь, а 35% курили.

По клинической форме КП как самостоятельная форма выявлена у 47% больных, как осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза – у 27%, диссеминированного туберкулеза – у 8%, очагового туберкулеза – у 2% и инфильтративного туберкулеза (или как определено в диагнозе: инфильтративный туберкулез по типу казеозной пневмонии) – у 17% больных. Впервые с диагнозом КП были выявлены 44 больных. У 11 больных с хроническим туберкулезом КП является осложнением той или иной основной формы туберкулеза.

Острое начало болезни выявлено у 53% больных, у

42% начало было подострым. Выраженная или тяжелая интоксикация наблюдалась практически у всех больных. У 82% больных отмечалось ночное пототделение. Резко выраженная слабость отмечалась у 93% больных, высокая температура – 38–40°C – у 60% больных. Боли в грудной клетке отмечали 20% больных. У некоторых больных (17%) были боли в поясничном отделе, в нижних конечностях, в области живота, у остальных 23% больных болевых ощущений не отмечалось. Большую часть больных (98%) беспокоил выраженный или постоянный кашель. Влажный кашель отмечен в 90% случаев. Из этих больных в 24% случаев отделялось скудное количество мокроты, в 76% мокрота была обильная, в 4% – гнойная. У 25% больных было кровохарканье или даже легочное кровотечение, из них у 8% больных кровохарканье и кровотечение наблюдались в момент выявления. Озноб был нехарактерен и встречался у 13% больных. Одышка встречалась в 63% случаев. Практически у всех больных отмечено понижение аппетита и потеря веса: у 50% больных потеря веса составляла 10–23 кг, у 20% – наблюдалась кахексия.

При аускультации влажные хрипы выслушивались у 76% больных, сухие – у 10%, смешанные – у 7% больных. Везикулярное дыхание отмечалось у 7% больных. У 17% больных отмечался отек нижних конечностей, у 2% – асцит.

При анализе лабораторных показателей крови сдвиги наблюдались у всех больных: СОЭ 20–73 мм/ч отмечалось у 53 больных, лейкоцитоз и лимфопения – у 40 больных, увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов – у 35 больных.

Бактериовыделение методом бактериоскопии определено у 93% больных, у остальных 7% бактериоскопия не выявила наличия МБТ в мокроте, однако у двоих из них МБТ обнаружены методом посева.

Осложнения основного процесса: легочное кровотечение, кровохарканье отмечалось у 5%, спонтанный пневмоторакс – у 8%, легочно-сердечная недостаточность – у 25%, дыхательная недостаточность – у 15% и туберкулезный перитонит – у 2% больных.

Все больные лечились консервативно по программе ВОЗ. Переносимость противотуберкулезных препаратов у 93% больных была хорошей, только у 7% были аллергические явления. В 23% случаев лечение прерывалось (в основном по вине больных). Сроки лечения в стационаре (2 месяца) часто были недостаточны для стабилизации процесса. По этой причине часто больные поступали на лечение повторно. Результаты лечения приведены в табл. 3.

Таблица 3

Форма	Стабилизация процесса	Переход в фиб.-кав. туб.	Без динамики	Прерванное лечение	Ухудшение	Улучшение	Смерть
КП	10	1	3	2	1	6	5
Осложнение диссемин. туб.			1		1		3
Осложнение фибр.-кав. туб.	2		4	2	4		4
Осложнение очагового туб.			1				
Осложнение инфильтр. туб.	1				1	8	

Таким образом, казеозная пневмония чаще всего встречалась у мужчин молодого и среднего возраста. Больные имели невысокий уровень образования, что может быть причиной недостаточной санитарной гра-

мотности этой категории пациентов. Невысокая трудовая занятость и неблагоприятные жилищно-бытовые условия, свидетельствуют не только об инфекционной, но и социальной природе заболевания.

Поступила 24.03.04

Լոռան ման թոքաբորրի սոցիալական եւ կլինիկական բնութագիրը Հայաստանում

Մ.Ա. Հովհաննիսյան

Աշխատանքը կատարվել է Հայաստանի Հանրապետության հակառոտերկույտային դիսպանսերում: Հետազոտության են ենթարկվել լոռան ման թոքաբորրով 60 հիվանդ, որոնք 2001-2003 թթ ստացել են հիվանդանոցային բուժում:

Տվյալների վերլուծությունը ցույց է տվել, որ հիվան-

դության այս ձևն ավելի հաճախ հանդիպում է երիտասարդ և միջին տարիքի տղամարդկանց մոտ:

Սոցիալական և կլինիկական բնութագրերի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ ներկայումս առկա են բարենպաստ պայմաններ՝ լոռան ման թոքաբորրի ձևավորման և զարգացման համար:

Social and clinical characteristics of caseous pneumonia in Armenia

M.A. Hovhannisyan

The survey was conducted at Antituberculous Dispensary of the Republic of Armenia. 60 patients with caseous pneumonia, who were on hospital treatment in the years of 2001-2003, were studied.

Data analysis showed that this form of the disease is

more frequent in young and middle-aged male patients. The study of social and clinical characteristics revealed that current conditions are favourable for formation and development of caseous pneumonia.

Լիտերատուրա

1. Բալասանյան Գ.Տ., Գրեյմեր Մ.Ս., Շնանսկայա Լ.Տ. թոք. տյւ., 2000, 6, ռ. 41.
2. Երոհին Վ.Վ., Դեդյմին Լ.Ե., Զեմսկովա Յ.Տ. և ծր. թոք. տյւ., 2001, 7, ռ. 50.
3. Երոհին Վ.Վ., Զեմսկովա Յ.Տ., Սեարովա Օ.Ա. և ծր. թոք. տյւ., 1996, 4, ռ. 35.
4. Միսին Վ.Կ. թոք. տյւ., 2001, 3, ռ. 22.
5. Բաբուհին Ա.Ե. Վ կն.: Կուբերկուզ օրգանօւ ծրհաննն յ

վզրօսկի. Մ., 1976, ռ. 174.

6. Խոմենկօ Ա.Դ., Միսին Վ.Կ., Կուանօ Վ.Կ., Կօրնեև Ա.Ա. և ծր. թոք. տյւ., 1999, 1, ռ.22.
7. Խոմենկօ Ա.Դ., Միսին Վ.Կ. թոք. տյւ., 1996,5, ռ. 21.
8. Խոմենկօ Ա.Դ., Կազօ Վ.Կ. Վ կն.: Կուկօւկուզ թօ Վնուտրեննի Բօլեզննն. Մ., 1986, ռ. 239.
9. Խոմենկօ Ա.Դ. Վ կն.: Կուբերկուզ օրգանօւ ծրհաննն. Մ., 1981, ռ. 233.