

Летальные исходы при казеозной пневмонии

М.А.Оганнисян

Национальный институт здравоохранения МЗ РА

375051, Ереван, пр. Комитаса, 49/4

Ключевые слова: остропрогрессирующий туберкулез, казеозная пневмония, бактериовыделение, резистентная форма, мультирезистентность, первичная резистентность

Туберкулез – одно из наиболее тяжелых инфекционных заболеваний, при котором чаще всего поражаются легкие (около 90% случаев) и по мере прогрессирования заболевания могут вовлекаться другие органы и системы (мочеполовая, костная, кожа и т.д.). Треть населения земли инфицирована туберкулезной палочкой (*Mycobacterium tuberculosis*). Ежегодно туберкулезом инфицируется 1% населения мира; 8 миллионов людей заболевает этой болезнью и 3 миллиона из них умирает каждый год. По данным экспертов ВОЗ, туберкулез уносит жизней больше, чем любое другое инфекционное заболевание. Смертность от туберкулеза составляет 25% от всех смертей, которых можно было бы избежать. Сегодня делается неутешительный прогноз: в ближайшие годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу будет иметь тенденцию к ухудшению, а уровень смертности будет расти [8–10].

Начиная с 1991г. резкое ухудшение социально-экономических условий в Республике Армения привело к ухудшению жизненных условий основной массы населения, что повлекло за собой рост заболеваемости и смертности от туберкулеза. За последние 11 лет (1993–2003гг.) заболеваемость в республике возросла в 2,6 раза (с 16,8 до 44,9), а смертность – на 76,7% (с 3,0 до 5,6 на 100 тысяч населения) [2]. Нарушилась организация борьбы с этим заболеванием, что привело к ухудшению общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране [2]. На этом фоне сегодня в Армении мы встречаем остропрогрессирующие формы туберкулеза, одной из которых является казеозная пневмония (КП).

КП – одна из наиболее тяжелых форм легочного туберкулеза. Она диагностируется и как впервые выявленная самостоятельная форма заболевания, развивающаяся при экзогенном инфицировании или при эндогенной реактивации скрыто протекающих активных туберкулезных очагов, и как осложнение других форм легочного туберкулеза (диссеминированного, очагового, фиброзно-кавернозного и т.д.) [4]. Это туберкулезная пневмония с преимущественно экссудативно-альтеративной тканевой реакцией. Процесс

характеризуется острым прогрессирующим течением, ранним распадом с формированием пневмониогенных каверн [3]. Как правило, поражается целая доля одного или обоих легких. Клиническая картина при КП определяется острым, реже подострым началом; температура тела повышается и достигает 39–40°C, наблюдается резко выраженная слабость, одышка, тахикардия, ночные поты и кашель с выделением мокроты. Возможно появление кровохарканья или даже легочного кровотечения. СОЭ повышается до 30–40 мм/ч, могут быть также выявлены лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением числа палочкоядерных клеток. Во многих случаях больные выделяют лекарственно-устойчивые штаммы микобактерий. При этом может наблюдаться устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) к одному противотуберкулезному препарату (ПТП) (монорезистентность), к двум и более ПТП, исключая сочетание устойчивости к изониазиду и рифампицину (полирезистентность), а также к двум и более ПТП, обязательно включая устойчивость к изониазиду и рифампицину, независимо от наличия или отсутствия устойчивости к другим ПТП (множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), или мультирезистентность) [7]. Также различают первичную резистентность, наблюдаемую у больных, ранее не получавших противотуберкулезного лечения или лечившихся менее месяца (то есть, фактически, инфицированных уже устойчивыми штаммами МБТ), и вторичную резистентность, которая развивается в процессе лечения и вызвана в основном нарушением режима лечения либо больным, либо медперсоналом. Устойчивость МБТ к основным ПТП приводит к неэффективности химиотерапии [5, 6] и в большинстве случаев заканчивается летальным исходом.

Материал и методы

Работа была проведена в Республиканском противотуберкулезном диспансере Республики Армения (РПТД РА). Лечение больных, находившихся в ста-

ционаре РПТД в период с 2000 до 2004гг. проводилось по программе DOTS (Directly Observed Treatment Short) по первой или второй категории лечения соответственно (первая – вновь выявленные больные, вторая – проходящие повторный курс лечения). Среди наблюдаемых были как впервые выявленные, так и больные с хроническими формами заболевания.

Нами проанализированы анамнестические, субъективные и объективные данные всех больных КП. Больные прошли лабораторное обследование, включавшее общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, рентгенологическое обследование легких, а также трехкратное бактериоскопическое исследование мокроты с целью выявления наличия МБТ. Также проводился посев мокроты для выявления МБТ (если результаты бактериоскопического исследования были отрицательными) и определения чувствительности возбудителя к ПТП. Кроме того, были использованы данные архивных материалов. Проанализированы причины смерти больных, умерших в стационаре РПТД РА, а также результаты патологоанатомических исследований.

Результаты и обсуждение

Проведенные исследования дали следующие результаты: за 5 лет (2000–2004гг.) в РПТД РА лечились 84 больных, клинические и рентгенологические данные которых позволяли трактовать заболевание как КП. Все больные были выявлены по обращаемости

(пассивный метод выявления). Из 84 больных умерло 26 (31%); патологоанатомическое исследование проводилось только в 8 случаях, тогда как в остальных 18 случаях родственники умерших отказались от этого исследования. Ниже приводим данные о подтверждении клинического диагноза патологоанатомическими исследованиями (табл.1).

Таблица 1

Данные пат. анат. исследования	Клин. диагноз – КП	Клин. диагноз – др. формы лег. туб-за	Всего
Диагноз КП подтвержден	5	2	7
Диагноз КП не подтвержден	1	–	1

Как видно из приведенной таблицы, диагноз КП при патологоанатомическом исследовании был поставлен в семи случаях, из них в двух – посмертно. Диагноз КП был патологоанатомически подтвержден в пяти случаях и не подтвержден в одном. Однако поскольку большинство умерших больных с другими клиническими формами легочного туберкулеза не прошли патологоанатомического исследования, то и не исключается возможность упущения некоторых случаев КП, которые могли бы быть диагностированы посмертно.

Поло-возрастной состав умерших больных представлен в табл.2.

Таблица 2

Пол	Возраст					Всего
	20 – 25	26 – 35	36 – 45	46 – 55	56 и старше	
Мужчины	2	5	8	2	3	20
Женщины	2	4	–	–	–	6
Всего	4	9	8	2	3	26

Как видно из представленных данных, среди больных, умерших от КП, преобладали лица молодого, трудоспособного возраста (20–50 лет), преимущест-

венно мужчины (соотношение мужчин и женщин 10:3). Социально-бытовые условия умерших больных представлены в табл. 3.

Таблица 3

Социальное положение	Жилищно-бытовые условия			Всего
	неудовлетворит.	удовлетворит.	хорошие	
Работающие	5	2	–	7
Безработные	5	3	–	8
Пенсионеры	1	–	–	1
Военнослужащие	–	1	–	1
В прошлом – заключенные	9	–	–	9

Из приведенной таблицы видно, что ни у одного из больных жилищно-бытовые условия не были хорошими; 6 больных (23%) оценили свои условия как удовлетворительные, а 20 (77%) – как неудовлетворительные. Социальный статус умерших больных КП был очень низким, все они имели невысокий уровень образования: среднее (18) или незаконченное среднее (8). На момент поступления в стационар работали только 7 больных (27%), 5 из которых были на заработках в России, где и имели контакт с больными туберкулезом легких. У одного из больных туберкулез легких был выявлен сразу же после окончания срочной военной службы; 9 больных в прошлом отбывали заключение в исправительных учреждениях, из них 7 – в России. Таким образом, из всех больных, умерших от КП, 11 человек (42%) в прошлом жили в России, где и произошло инфицирование. Приведенные данные еще раз показывают, насколько важную роль в заболеваемости туберкулезом играет социальный аспект.

Процентное соотношение частоты случаев КП как впервые выявленной самостоятельной формы или как осложнения той или иной формы легочного туберкулеза представлено в табл. 4.

Из приведенных данных видно, что в большинстве случаев (46%) КП была диагностирована как впервые выявленная самостоятельная форма; 14 из 26 больных имели хроническую форму заболевания и в прошлом получали неоднократное, но, к сожалению, нерегулярное лечение.

Трехкратное исследование мокроты методом бактериоскопии у этих больных дало следующие результаты: положительные – у 21, отрицательный – у 1; 4 больным исследование не проводилось, поскольку они умерли на следующий день после поступления в стационар. По той же причине, а также из-за технических неполадок в лаборатории посев мокроты для установления чувствительности МБТ к ПТП был проведен только в 17 случаях (табл. 5).

Представленные данные свидетельствуют о том, что у 13 из 17 больных (76%), которым проводилось исследование мокроты на предмет чувствительности МБТ к ПТП, имелись лекарственно-устойчивые штаммы МБТ, причем монорезистентность (к стрептомици

Таблица 4

Общее число больных	КП как самостоятельная форма	КП как осложнение		
		инф. туб. легких	диссеминир. туб. легких	фиб.-кав. туб. легких
26 (100%)	12 (46%)	2 (8%)	3 (11%)	9 (35%)

Таблица 5

Чувствительность МБТ к ПТП	Первичная устойчивость	Вторичная устойчивость	Всего
Чувствит. ко всем ПТП	3	1	4
Монорезистентность	0	1	1
Полирезистентность	2	2	4
Множ. лекарств. устойчивость	4	4	8

ну S) была выявлена у одного больного, полирезистентность – у 4 и МЛУ – у 8 больных. Первичная устойчивость наблюдалась у 6 из 13 больных с лекарственно-устойчивыми штаммами, то есть эти больные были инфицированы штаммами, изначально устойчивыми к основным ПТП, а следовательно, препараты, применяемые на сегодняшний день по программе DOTS, были неэффективны для их лечения.

15 из 26 больных, у которых КП была диагностирована как впервые выявленная форма заболевания, скончались в течение одного года после установления диагноза. Это свидетельствует о том, что болезнь была выявлена на довольно запущенной стадии. В табл. 6 представлены причины смерти больных КП.

Таблица 6

Причины смерти	Число умерших больных
Сердечно-легочная недостаточность	18
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3
Дыхательная недостаточность	4
Профузное легочное кровотечение	1

Приведенные данные говорят о том, что в основном больные КП умерли от сердечно-легочной недостаточности (18 больных или 69,2%). Почти все больные имели либо сопутствующие заболевания, такие как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (3 больных), сахарный диабет (1), либо осложнения – сердечно-легочная недостаточность (18), сердечно-сосудистая недостаточность (3), дыхательная (2), спонтанный пневмоторакс (2) и профузное легочное кровотечение (1 больной).

Анализ данной работы еще раз демонстрирует важность раннего выявления больных туберкулезом легких. Поскольку выявление больных сегодня проводится только по обращаемости и на той стадии заболевания, когда уже имеется то или иное осложнение, процесс лечения еще более затрудняется. Кроме того, наличие первичной устойчивости штаммов МБТ к ПТП приводит к неэффективности лечения подобных больных по программе DOTS.

Поступила 28.09.05

Լոռան ման թոքաբորբով հիվանդների մահացությունը

Մ.Ա. Հովհաննիսյան

Տուբերկուլոզի համաճարակաբանական վիճակը Հայաստանում խիստ լարված է: Ներկայումս գրանցվում է հիմնական համաճարակաբանական ցուցանիշների (հիվանդացություն, մահացություն և այլն) աճ, հայտնաբերվում է մահ թոքերի տուբերկուլոզի այնպիսի ծանր ձևերից մեկը, ինչպիսին է լոռան ման թոքաբորբը: Վերջինս այսօր էլ, ինչպես անցյալում, ունի խիստ ծանր ընթացք և մեծամասամբ հանգեցնում է հիվանդի մահվան:

Աշխատանքը կատարվել է Հայաստանի հանրապետության հակատուբերկուլոզային դիսպանսերում: Հետազոտության են ենթարկվել 2000-2004 թթ բուժում ստացած և լոռան ման թոքաբորբից մահացած 26 հիվանդ: Ուսումնասիրվել է մահացած հիվանդների սեռատարիքային կազմը, սոցիալ-տնտեսական պայմանները, դիախեզման տվյալները և պարզաբանվել են մահվան հիմնական պատճառները:

Mortality at caseous pneumonia

M.A. Hovannisyann

The epidemiologic situation with tuberculosis in Armenia remains strained. The main epidemiologic indices (mortality, morbidity, etc.) are currently increasing; moreover, such a serious form of lung tuberculosis as caseous pneumonia is diagnosed more and more frequently. The latter has the same severe course today, as in the past, and results in patient death in the majority of the cases.

The present research was conducted at Republic of Armenia Antituberculous Center. 26 patients with caseous pneumonia who had undergone hospital treatment in the Center during the years of 2000-2004 were studied. The study shows the age and gender composition, the socioeconomic conditions, the dissection findings, and reveals the main causes of death.

Լիտերատուրա

1. Воронина Г.А. Автореф. дис. канд. мед. наук "Эффективность химиотерапии больных остро прогрессирующими формами туберкулеза легких", М., 1991.
2. Егиазарян Л.М. Медицинский вестник Эребуни, 2004, 4 (20), с.9.
3. Ерохин В.В., Земскова З.С., Уварова О.Л. и др. Проблемы туберкулеза, 1996, 4; с.32.
4. Ерохин В.В., Гедышян Л.Е., Земскова З.С., Лепеха Л.Н. Проблемы туберкулеза, 2001, 7, с.50.
5. Мкртчян М.А. Научно-практический журнал, 2005, 8, 1 (35), с.21.
6. Нечаева О.Б., Скачкова Е.И. Проблемы туберкулеза, 2003, 9, с.6.
7. Annlies Van Rie, Robin Warren, Idris Mshanja et al. J.Clin. Microbiol., 2001, vol. 39, 2, p. 639.
8. Dye C., Schule S., Pathania V., Raviglione M.C. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country, JAMA, 1999, 282:647.
9. Klaudi K. WHO predicts increase in tuberculosis deaths: map shows fatal spread of TB epidemic, Soz. Prantivmed., 1994, vol.39, 6, p.395.
10. Tuberculosis. A Global Emergency: Case Notification Update (February 1996), Global Tuberculosis Program World Health Organization, Geneva, 1996 (WHO/TB 96).