

Tusea a regresat în $12,5 \pm 0,4$ zile în lotul SPSP vs $16,3 \pm 1,5$ zile în lotul SPRP, frison – în $3,3 \pm 0,3$ zile vs $5,3 \pm 0,5$ zile, respectiv ($p < 0,05$), dispneea - peste $6,7 \pm 0,5$ zile vs $8,4 \pm 0,8$ zile, stabilizarea temperaturii a avut loc peste $4,4 \pm 0,3$ zile în lotul SPSP vs $6,4 \pm 1,1$ zile în lotul SPRP, sindromul de impregnare infecțioasă a cedat peste $9,1 \pm 0,8$ zile vs $10,4 \pm 0,9$ zile, respectiv ($p > 0,05$).

În loturile comparate nu a avut loc nici un caz letal, abcedarea și empiemul pleural au fost înregistrate doar la pacienți cu *S. pneumoniae* rezistent la penicilină - în 10,5% și 5,3% cazuri, respectiv. Evoluția trenantă cu resorbția infiltratului peste 4 săptămâni a fost apreciată în 3/20 (15%) cazuri în lotul SPSP și în 5/19 (26,3%) cazuri în lotul SPRP ($p > 0,05$).

Concluzii

Pneumoniile comunitare, cauzate de *S. pneumoniae* sensibil la penicilină mai frecvent debutează acut, tipic cu febră, tuse, junghi toracic, cu sindrom de răspuns inflamator sistemic mai pronunțat, iar o involuție mai lentă a simptomelor clinice și prezența complicațiilor supurative sunt mai caracteristice

pentru pneumoniile comunitare, cauzate de *S. pneumoniae* penicilinorezistent.

Bibliografie

1. Slavcovici A, Tomescu Ș, Lupse M, ș. a. Pneumoniile acute comunitare: aspecte epidemiologice, etiologice și terapeutice. *Revista Română de Boli Infecțioase*. 2003;6(2):123-126.
2. Bonnard P, Lescure FX, Douadi Y, et al. Community-acquired bacteremic pneumococcal pneumonia in adults: effect of diminished penicillin susceptibility on clinical outcome. *J Infect*. 2005;51(Supl.1):69-76.
3. Aspa J, Rajas O, De Castro FR, et al. Drug-resistant pneumococcal pneumonia: clinical relevance and related factors. *Clin Infect Dis*. 2004;38(6):787-798.
4. Bishai WR. Clinical significance of pneumococcal resistance and factors influencing outcomes. *Treat Respir Med*. 2005;4(Supl.1):19-23.

Tatiana Dumitraș, dr., asistent universitar

Catedra Medicină internă nr. 5

USMF "Nicolae Testemițanu"

Chișinău, str. Alecu Russo, 11

Tel.: 442073

E-mail: tatiana_dumitras@yahoo.com

Recepționat 16.04.2010

Характеристика и эпидемиологическая модель формирования контингентов больных хроническими формами туберкулеза легких в Кишиневе

В. Болотникова, А. Брумару, Л. Яворский, О. Емильянов, В. Дегтярёв, Е. Куницкий, И. Мичурина, М. Четулян, С. Александру, В. Чеботарь, Н. Киприк

Institutul de Ftiziopulmonologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău

V. Bolotnicova, A. Brumaru, C. Iavorschii, O. Emilianov, V. Degtiarev, E. Cunițchii, I. Miciurina, M. Cetulean, S. Alexandru, V. Cebotaru, N. Chipric

Characteristics and Epidemiologic Model of Patients with Chronic Forms of Pulmonary Tuberculosis in the Municipality of Chișinău

This study is based on the data regarding 1796 adult patients with pulmonary tuberculosis reported in 2007-2008 in mun. Chișinău. The patients were divided into 4 groups: group 1 – 1441 new cases of tuberculosis; group 2 – 355 relapse cases, group 3 – included 8 previously diagnosed patients, which interrupted chemotherapy for 2 or more months; group 4 – 33 patients with fibro-cavernous tuberculosis, which evolved from other forms of pulmonary tuberculosis due to the failure of their treatment. The presented data indicate the seriousness and the practical importance of this entire problem which requires a more complete study in order to improve prognosis of chronic forms of tuberculosis and the economic and social effects of therapy.

Key words: chronic forms of pulmonary tuberculosis, epidemiologic model, municipality Chișinău.

Реферат

Было обследовано 1796 пациентов с туберкулезом лёгких, зарегистрированных в 2007-2008 годах в Кишиневе. Для изучения пациенты были разделены на 4 группы: I – 1441 пациент с новым случаем туберкулеза; II – 355 пациентов с рецидивом туберкулеза; III – 8 пациентов из ранее поставленных на учет и прервавших лечение химиотерапией на 2 и более месяцев, которые были вновь поставлены на учет в 2007-2008 году; IV – 33 пациента с фиброзно-кавернозным туберкулезом, который развился из других форм легочного туберкулеза в связи с неудачным лечением. Представленные данные свидетельствуют о серьезности и практической важности этой проблемы, и диктуют необходимость её изучения с целью улучшения динамического наблюдения при хронических формах туберкулеза и повышения медицинского, экономического и социального эффекта.

Ключевые слова: хронические формы легочного туберкулеза, эпидемиологическая модель, Кишинёв.

Введение

В период эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу возрастает актуальность проблемы хронического туберкулеза легких. По данным отечественных и зарубежных исследователей [1, 2, 3], это основной резервуар туберкулезной инфекции, поддерживающий напряженность эпидемиологической ситуации. Современные дефиниции хронического туберкулеза легких включают фиброзно-кавернозный туберкулез как новый случай или рецидив, а также туберкулез, развившийся из любой формы легочного туберкулеза, когда больной остался или вновь стал бактериовыделителем после окончания полного повторного курса химиотерапии под контролем, так называемый хронический случай.

Доказано, что несвоевременная диагностика и неадекватное лечение приводят к хронизации специфического процесса и созданию условий для развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Существенным фактором, способствующим хроническому течению туберкулеза, являются сопутствующие заболевания и общий дистресс, а также низкая комплаентность этой категории больных.

Как следует из литературы [4, 5], частота фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, среди впервые выявленных больных, составляет 2-3%, а среди лиц, состоящих на учете у фтизиатра, 10 и более процентов.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в последнее десятилетие привлек к себе внимание специалистов еще и по другим причинам. Это связано с современными особенностями патогенеза, разнообразием вариантов течения процесса, наличием тяжелых осложнений и инвалидизацией, трудностями лечения и часто неблагоприятными исходами. Вместе с тем, несмотря на значительный социальный и эпидемиологический масштаб проблемы, требующей новых решений, ей не уделяется должного внимания.

Все вышеизложенное побудило нас провести изучение современного состояния указанной проблемы в мун. Кишинев.

Цель работы

Когортный анализ больных туберкулезом органов дыхания и выявление особенностей эпидемиологии, структуры, причин формирования хронических форм туберкулеза и исходов заболевания.

Материал и методы

В основу настоящего исследования положены данные о 1796 взрослых больных туберкулезом органов дыхания, зарегистрированных в 2007-2008 годах в Кишиневе. Была изучена амбулаторно-стационарная медицинская документация на этих больных, учетно-отчетные официальные статистические данные.

Для анализа больные были разделены на 4 группы: I группа – 1441 новый случай туберкулеза; II группа – 355 рецидивов туберкулеза; III группа – 8 больных из числа ранее взятых на учет, которые прерывали химиотерапию на 2 и более месяцев и были вновь зарегистрированы в

2007-2008 годы; IV группа – 33 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, который развился из других форм легочного туберкулеза, вследствие неудачи их лечения.

Результаты и обсуждение

Среди больных 1-й группы диагноз фиброзно-кавернозного туберкулеза был установлен в 25 (1,7%) случаях, во 2-й группе – в 16 (4,5%) случаях. Из числа впервые выявленных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких мужчин было 19, женщин – 6. В возрасте до 30 лет – 4 человека, от 31 до 50 лет – 16, от 51 года и старше – 5. Социальный статус был следующим: безработные – 20, из них 5 были лица без определенного места жительства («бомжи»), студенты – 2, пенсионеры по возрасту – 2, инвалиды по общему заболеванию – 1. У подавляющего большинства (20 человек) были неудовлетворительные материально-бытовые условия. Двое больных находились в местах тюремного заключения, один прибыл из-за рубежа. Контакт с больным туберкулезом в семье установлен у 2 пациентов. Отягощенность по сопутствующим заболеваниям не была чрезмерно выраженной: у 1 больного был сахарный диабет, 4 – страдали алкоголизмом и у 1 больного был хронический гепатит.

Бацилловыделение установлено в 100% случаев этой группы больных, при этом первичная резистентность микобактерий отмечена у 3 больных (по одному случаю с моно, поли- и множественной лекарственной устойчивостью). У подавляющего большинства больных при выявлении определялись преимущественно распространенные поликавернозные процессы, наблюдались выраженные симптомы туберкулезной интоксикации.

Характеризуя клиническую картину у наблюдаемых нами больных, следует обратить внимание на пути выявления туберкулеза. Установлено, что заболевание было выявлено при обращении с жалобами к семейному врачу у 13 пациентов, непосредственно к фтизиатру – у 5, к другим специалистам – у 5 и при профилактическом осмотре – у 2.

Результаты лечения по микроскопии мокроты у больных данной группы были следующими: эффективный курс химиотерапии отмечен у 6, неэффективный – у 2. Умерли от прогрессирования процесса 7 больных, умерли не от туберкулеза – 1. Досрочное прекращение курса химиотерапии – у 7 и продолжают лечение по индивидуальной схеме – 2 человека.

Примерно та же картина наблюдалась и у больных 2-й группы. Также, как и в 1-й группе преобладающее большинство составляли мужчины самого трудоспособного возраста, проживающие в неудовлетворительных бытовых условиях, неработающие или находящиеся на инвалидности. Двое больных были в тюрьме, 2 – страдали алкоголизмом. Бацилловыделителями были 9 больных, при этом множественная лекарственная устойчивость наблюдалась у 2. Умерло из них 5.

Третья группа была самой малочисленной. Всего 8 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких было зарегистрировано за эти годы.

Особый интерес представляли больные 4-й группы. Результаты клинического наблюдения показали, что 31

больной с инфильтративным и 2 больных с диссеминированным туберкулезом легких, зарегистрированные как новые случаи, трансформировались в фиброзно-кавернозную форму или перерегистрированы как хронический случай. В отличие от данных других исследователей нами не установлено развитие фиброзно-кавернозного туберкулеза из очаговой или других форм. При этом установлено, что причины, способствующие хроническому течению впервые выявленного туберкулеза легких, можно увидеть в следующих наиболее значимых моментах: несвоевременное выявление и диагностика туберкулеза, поздно начатое лечение, перерывы в лечении из-за недисциплинированности части больных и их отказом от сотрудничества с врачами, сопутствующие заболевания, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, тяжелый социальный статус. Таковы некоторые причины развития фиброзно-кавернозного туберкулеза, по нашим данным, определяющие его эпидемиологию на современном этапе.

Таким образом, в настоящее время фиброзно-кавернозный туберкулез легких развивается в основном двумя путями. Во-первых, в результате прогрессирования деструктивного процесса еще до выявления и начала лечения. Во-вторых, при многократном, но безуспешном лечении новых случаев заболевания, а также при рецидивировании туберкулеза легких. При этом следует отметить, что среди больных с рецидивами туберкулеза фиброзно-кавернозный туберкулез легких обнаруживается значительно чаще.

Констатируя невысокий удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза легких среди впервые выявленных больных, мы, тем не менее, считаем необходимым подчеркнуть большую эпидемическую опасность этих случаев из-за неизвестности давности заболевания. Кроме того, больные с впервые диагностированным туберкулезом легких, которые живут одиноко и принадлежат к контингенту социально-дезадаптированных лиц, после окончания стационарного лечения часто не имеют ни бытовых условий, ни средств для осуществления мероприятий, направленных на предупреждение обострений или рецидивов болезни. Как правило, у этих больных формируются хронические формы легочного процесса. Весьма отрицательно сказывается на результатах лечения туберкулеза наличие у больного таких сопутствующих заболеваний, как сахарный диабет, алкоголизм, хронический гепатит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

По данным статистических отчетов о распространенности (болезненности) фиброзно-кавернозного туберкулеза легких установлено, что на начало 2009 года состояло на учете у фтизиатра 83 больных, из них 7 были «бомжами». При этом максимальный срок наблюдения (15 лет) отмечен лишь у 1 больного, 8-летний срок наблюдения – у 2 больных, 7-летний – у 5 больных, 6-летний – у 2, 5-летний – у 4, у остальных 69 человек от 4-х до 1 года. Среди состоящих на учете 26 человек (31,3%) относились к молодому возрасту - до 30 лет, 45 человек (54,2%) были лица в возрасте 31-50 лет, а старше 50 лет было 12 человек (14,5%). Наблюдались и гендерные различия: женщин было – 12, мужчин – 71.

Таким образом, формирование распространенных форм туберкулеза, в том числе фиброзно-кавернозного, во многом объясняется снижением качества проводимых противотуберкулезных мероприятий прежде всего общей лечебной сетью. Невысокая эффективность противотуберкулезной помощи, оказываемой данной категории больных на поликлиническом и стационарных этапах, обусловлена как патоморфозом туберкулеза, так и недостатками организации стратегии выявления, обследования и лечения.

Заключение

Представленные данные свидетельствуют о серьезности и практической важности всей этой проблемы и диктуют необходимость еще более полного ее изучения с целью улучшения прогноза течения и исходов хронических форм туберкулеза, повышения медицинского, экономического и социального эффекта.

Когортный анализ, являясь ключевым средством оценки эффективности борьбы с туберкулезом в любом городе или районе, делает возможным идентификацию проблем. В связи с чем, расширение исследований в этом направлении представляет несомненный научный и практический интерес.

Очевидна также целесообразность учета выявленных особенностей в эпидемической модели формирования когорты больных хроническими формами туберкулеза при проведении противотуберкулезных мероприятий. В настоящее время практическое здравоохранение нуждается в научно обоснованной концепции оказания противотуберкулезной помощи больным с хроническими формами легочного туберкулеза. Наряду с совершенствованием системы выявления, мониторинга туберкулеза, она должна включать обеспечение эффективного лечения. С этой целью должен быть строгий контроль за приемом противотуберкулезных препаратов, создание мотивации к лечению у больных, оказание социальной поддержки нуждающимся, соблюдение преемственности в лечении между стационарным и амбулаторным этапами.

Литература

1. Хайдарлы ИН. Некоторые особенности при патоморфологии пневмофиброзов при туберкулезе. *Проблемы туберкулеза*. 2003;3:63-64.
2. Саин ДЮ, Рывняк ЛП, Хайдарлы ИН, и др. Рецидивы туберкулеза легких и варианты их лечения. III Конгресс евроазиатского респираторного общества. Сборник трудов конгресса. Астана, Казахстан. 2007; 428.
3. Нечаева ОБ, Скачкова ЕИ. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в Свердловской области. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2004;9:22-25.
4. Мишин ВЮ, Казенный БЯ, Хорошутин ВВ. Эффективность химиотерапии у больных с осложненным течением впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2004;6:17-19.
5. Halpern AV, Spalatelu L, Ciontu M. Assotiates disceaces and chronic tuberculosis. *Europ. Resp. Journ*. 2003; 22(45):154.

Corresponding author

Constantin Iavorschii, M.D., Ph. D., Professor
 Director of Institute of Phthiopolmonology „Chiril Draganiuc”
 Chisinau, str. C. Varnav, 13
 Tel.: 738328

Manuscript received April 16, 2010; revised manuscript May 3, 2010