

пы, у них же наблюдалось снижение уровня а-ТФ в 1,4 раза ($p < 0,002$). Функциональная активность фермента СОД была ниже в 1,2 раза по сравнению с условной нормой ($p < 0,002$).

Выводы

В острый период гнойного менингита у детей выявлена активация процессов свободно радикального и перекисного окисления липидов в сочетании с угнетением антиоксидантной системы в ЦСЖ, показатели которых достоверно отличались от значений условной нормы.

Повышение активности NO НЛ в ЦСЖ свидетельствует о его несомненном участии в кислородзависимой системе НЛ в период противодействия этих клеток внедрению патогенных микроорганизмов.

Можно предположить, что привлечение в очаг гнойного воспаления огромного количества НЛ, разрушающихся в процессе «респираторного взрыва» и выделяющих в окружающую их среду оксид азота (как одного из вариантов активных форм кислорода), вероятно, оказывает стимулирующее воздействие на систему СРО и ПОЛ в центральной нервной системе детей, больных БГМ.

Литература

1. Дубинина Е.Е. Биологическая роль супероксидного анион-радикала и СОД в тканях организма // Успехи современной биологии. – 1989. – № 108. – С. 3–18.
2. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М. Клиническое значение оксида азота и белков теплового шока. – М.: ГЭ-ОТАР-Медиа, 2011. – 369 с.
3. Мазанкова Л.Н. Особенности продукции цитокинов при менингококковой инфекции у детей // Детские инфекции. – 2010. – № 1. – С. 17–21.
4. Платонов, А.А., Николаев М.И. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в регионах России // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 3. – С. 10–18.
5. Плехова Н.Г., Сомова Л.М. Физиологическая роль оксида азота приинфекционном процессе // Успехи физиологических наук. – 2011. – Т. 43, № 3. – С. 62–81.
6. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипченко Н.В. Бактериальные менингиты у детей. – М.: Медицина, 2003. – 376 с.

Координаты для связи с авторами: Молочный Владимир Петрович – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней ДВГМУ, e-mail: rec@mail.fesmu.ru; Солодовникова Ольга Николаевна – очный аспирант кафедры детских инфекционных болезней ДВГМУ, тел. +7-914-155-91-77, e-mail: marin-ar-2005@yandex.ru.



УДК 616.24-002.5-053.88/9-071-08

М.А. Шиповалова², В.П. Свистунова¹, М.В. Малкова²

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

¹Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
²КГ КУЗ Противотуберкулезный диспансер, ул. Карла Маркса, 109а, тел. 8-(4212)-27-47-35, г. Хабаровск

Резюме

Проблемы неблагоприятных показателей по туберкулезу в России позволяют делать акцент на туберкулез легких у лиц пожилого и старческого возраста. Это продиктовано особенностями физиологических и патогенетических процессов у лиц данной возрастной категории. Лица пожилого и старческого возраста являются дополнительной группой повышенного риска развития туберкулеза, обусловленного наличием неблагоприятных медико-социальных факторов: низкая материальная обеспеченность, одиночество, некачественное питание, проживание в сельской местности, злоупотребление алкоголем, позднее обращение к врачу. Обследование и лечение туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста в силу определенных причин представляет собой нелегкую задачу, т. к. туберкулезный процесс развивается на фоне высокого удельного веса сопутствующих заболеваний и преморбитного фона, возникновения побочных реакций на препараты, плохой их переносимости. Совокупность эффективных стандартных режимов специфической химиотерапии и индивидуально-модифицированный подход позволяет достигнуть положительного клинического, рентгенологического и бактериологического результата на стационарном этапе ведения больных туберкулезом легких у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: туберкулез легких, лица пожилого и старческого возраста, индивидуальный подход в лечении, стационарный этап, эффективность лечения.

MANAGEMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN ELDERLY AND SENILE IN-PATIENTS

¹Far Eastern State Medical University;

²Antituberculosis hospital, Khabarovsk

Resume

Unfavorable statistics on tuberculosis in Russia emphasizes the necessity to accentuate the attention on tuberculosis in elderly and senile patients. This group of patients has specific physiological and pathogenic processes. Elderly and senile patients comprise a risk group for tuberculosis due to medical and social factors: low income, living alone, living in rural regions, unbalanced diet, alcohol abuse and late referral to a physician. Diagnostics and treatment of tuberculosis in elderly and senile patients are challenging because it develops at the background of accompanying diseases, therapy is often associated with side effects to drugs and poorly tolerated. Combination of effective standard protocols of specific chemotherapy and individually modified approach help to achieve positive clinical, X-ray and bacteriological results at the hospital stage of tuberculosis treatment in elderly and senile patients.

Key words: pulmonary tuberculosis, elderly and senile patients, individualized therapy management, therapy, hospital, therapy efficacy.

В России, в т. ч. и в Хабаровском крае сохраняется напряженная эпидемическая ситуация по туберкулезу. Он продолжает представлять значительную проблему для здравоохранения в целом и делает ее актуальной и для противотуберкулезной службы. Неблагополучные эпидемиологические показатели по туберкулезу в России регистрируются во всех возрастных группах населения. Удельный вес туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста в структуре возрастной заболеваемости в России составляет около 20 %, в Хабаровском крае 15-16 % [2, 5].

Проблема выделения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста продиктована особенностями физиологических и патогенетических процессов, снижением диагностической ценности многих симптомов заболевания, несвоевременностью его диагностики, недостаточной эффективностью консервативной химиотерапии, наличием лекарственно-устойчивых форм микобактерий туберкулеза (МБТ), высоким удельным весом сопутствующей патологии, возникновением побочных реакций на препараты [4, 6].

В данной возрастной категории бактериовыделение обнаруживается в 80-85 % случаев заболевания. Деструктивные формы у лиц пожилого и старческого возраста составляют 65-70 % случаев [2, 3].

В публикациях последних лет мы не встретили четких рекомендаций использования схем и режимов назначения противотуберкулезных препаратов у больных пожилого и старческого возраста. Основной целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста, оценка эффективности стандартных режимов химиотерапии и определение терапевтической тактики оптимальных вариантов лечения туберкулеза, сопутствующих заболеваний на стационарном этапе ведения больных.

Материалы и методы

Анализу подвергнуты данные наблюдения за течением туберкулеза легких у 137-ми больных пожилого и старческого возраста, пролеченных в условиях легочно-фтизиатрического отделения в 2010–2012 годах. В 2010-м году было пролечено 30 человек, что составило 21,9 % от общего числа пролеченных больных данной

категории. В 2011-м году – 57 человек (41,6 %), в 2012-м году – 50 человек (36,5 %).

Наблюдавшиеся больные были разделены на группы: в 1-ю группу составили 99 пациентов в возрасте 55-64 года, во 2-ю группу – 38 больных в возрасте 65 лет и старше. Всем больным при поступлении в стационар назначалось специфическое лечение в соответствии со стандартами режимов химиотерапии (Приказ Минздрава РФ от 2003 № 109) на фоне патогенетических средств. Коррекция режима химиотерапии проводилась после результатов исследования на лекарственную устойчивость возбудителя или из-за плохой переносимости или побочного действия препаратов на фоне сопутствующих заболеваний [1, 4].

Эффективность лечения оценивали на основании контрольного бактериологического и лучевого обследования, проводившихся по окончании основного курса интенсивной фазы лечения и перевода больных на фазу продолжения терапии в амбулаторных условиях.

Результаты и обсуждения

Среди больных 1-й группы преобладали лица мужского пола – 63,2 % случаев. В структуре клинических форм туберкулеза легких доминировал инфильтративный туберкулез – 81,8 % случаев. Диссеминированный туберкулез составил 12,3 % случаев. Анализ путей выявления показал, что у 57-ми (57,6 %) больных туберкулез легких был выявлен при обращении к врачу. Начало заболевания было острым у 25,4 % больных, подострое начало отмечено у 63-х (63,6 %) пациентов. Симптомы интоксикации выявлены у 84,6 % больных. Бронхолегочные симптомы (кашель, выделение мокроты, кровохарканье) зарегистрированы у 86,8 % больных.

Среди больных 1-й группы распространенные процессы с поражением одной доли легкого и более имелись у 67-ми больных (67,7 %), ограниченное поражение легочной ткани в пределах 1-2 сегментов – у 32-х (32,3 %). Распад легочной ткани установлен у 69 больных (70 %). Бактериовыделение микроскопическим методом среди данной категории больных зарегистрировано в 71 % случаев, посевом в – 82,3 %. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) обнаружена у 36-ти больных (27,5 %), из них МЛУ – у 12-ти человек (33,3 %).

Сопутствующие заболевания сопровождали течение туберкулезной инфекции у 79-ти больных (80 %), преобладающим являлись ИБС, артериальная гипертензия (65,7 %), хронический бронхит, в т. ч. ХОБЛ (20,2 %), сахарный диабет (14,1 %).

Длительность лечения в стационаре среди 1-й группы больных составляла в среднем 89-95 койко-дней. Нежелательные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов отмечались у 79-ти больных (79,8 %), что и определило модификацию стандартных режимов химиотерапии, сопутствующих заболеваний.

Прекращение бактериовыделения в 1-й группе больных к концу 2-го месяца лечения в стационаре зарегистрировано у 69-ти больных (69,7 %). Трансформация изменений в легочной ткани в виде рассасывания и уплотнения отмечена в 76,25 случаев, закрытие распад в 42,3 %, без изменений – 19,2 %.

Среди возрастной категории лиц 65-ти лет и старше (38 человек), в структуре форм туберкулеза легких на первом месте зарегистрирована также инфильтративная форма – 27-ми пациентов (71,1 %). На втором – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, нередко, осложненный специфическим поражением трахеи, бронхов в виде фистулезного эндобронхита – 9 пациентов (23 %). Основным методом выявления являлась цифровая флюорография. По обращению было выявлено 18 пациентов (47,3 %), как профосмотр – 20 пациентов (52,7 %). Острое начало заболевания отмечали 16 больных (42,1 %), подострое – 11 пациентов (28,9 %). Симптомы интоксикации выявлены практически у всех больных, бронхолегочные – у 26-ти (68,4 %) пациентов, причем, у больных туберкулезом внутригрудных узлов кашлевой синдром различной силы выраженности отмечался на протяжении 3-5 месяцев до выявления туберкулеза. Среди 2-й группы больных распространенные процессы в легких имели место у 18-ти человек (47,4 %), ограниченные у 12-ти (31,5 %). У больных с поражением внутригрудных лимфатических узлов преимущественной группой, вовлеченной в процесс, были трахеобронхиальная и медиастинальная (72,6 %).

Бактериовыделение всеми методами зарегистрировано у 25-ти больных (65,8 %), лекарственная устойчивость МБТ обнаружена только у 5-ти больных (13,1 %), МЛУ не установлена.

Сопутствующие заболевания выявлены у 36-ти больных (94,7 %). По структуре практически не отличались от характеристики таковой среди больных 1-й группы.

Длительность стационарного лечения во 2-й группе больных колебалась от 3-х до 189-ти дней, в среднем составила 135 дней (при общих средних сроках по стационару – 89-92 дня). Осложнения противотуберкулезной терапии как нежелательные побочные эффекты среди больных этой группы отмечались у 33-х пациентов (86,8 %). Высокий удельный вес резко выраженных токсических побочных эффектов противотуберкулезных препаратов со стороны поражения внутренних органов: печени, центральной нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и кровеносной систем, не только снижали приверженность больных к лечению, но и отказ от него. Дальнейшее

ведение таких больных требовало той или иной коррекции режимов лечения: уменьшение средней терапевтической дозы, интермиттирующий прием препаратов, разобщение совмещенности по времени приема лекарств, назначение протекторов, усиление антипатогенетической и симптоматической терапии, в том числе и по сопутствующей патологии.

Негативация мокроты среди больных бактериовыделителей во 2-й группе к завершающему этапу стационарного лечения была достигнута в 64,0 %, т. е. у 16-ти больных. Положительная динамика изменений со стороны органов дыхания по результатам лучевых и эндоскопических методов исследования получена у 31-го больного (81,5 %), закрытие распада, в т. ч. и бронхо-нодулярных свищей отмечено в 56,4 % (22 больных).

Результаты и обсуждение

Наши наблюдения показали своеобразие течения туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста. В процессе стационарного обследования и лечения не у всех больных, имеющих локальные изменения, было возможно проведение бронхологического и гистоморфологического методов обследования. У большинства пациентов наблюдались некорректируемые цифры артериального давления, имели место перенесенные в прошлом острые нарушения мозгового кровообращения, острый коронарный синдром, аритмии различного происхождения, чаще по причине атеросклероза коронарных сосудов с признаками ИБС. Часто проявлялись заболевания, сочетающиеся с туберкулезом органов дыхания, т. е. имел место проморбитный фон (3-4 и более заболеваний различной этиологии). Этот фон создавали ХОБЛ, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, психические нарушения. Сопутствующие заболевания маскировали проявления туберкулеза легких и протекали с декомпенсацией фоновых заболеваний, что осложняло лечение и ухудшало прогноз как основного заболевания, так и сопутствующих.

Специфическое лечение туберкулеза у лиц пожилого и старческого возраста начиналось с назначения стандартного режима химиотерапии и соответствовало общепринятым принципам лечения у всех больных туберкулезом легких. Однако довольно часто, в 55,6 % случаев, в процессе стандартного режима химиотерапии из-за плохой переносимости, побочных действий препаратов, наличия сопутствующих заболеваний приходилось переводить больных на индивидуально-модифицированный режим химиотерапии. Этот режим включал лечение сопутствующей патологии, из-за чего неизбежно возникала проблема полипрограммы. Плохая переносимость противотуберкулезных препаратов и сопутствующая патология определяли также и назначение минимальных терапевтических доз противотуберкулезных препаратов, прием не более 3-4-х этиотропных препаратов и вероятность интермиттирующего режима их приема. Вместе с тем, своевременно начатое и длительное лечение туберкулеза органов дыхания, продолженное на амбулаторном этапе, позволяло получить хороший терапевтический эффект у лиц пожилого и старческого возраста

Выводы

1. В структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста преобладает инфильтративный туберкулез легких в фазе распада и бактериовыделения в 60,2 % случаев. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов со специфическим поражением бронхов в виде фистулезного эндобронхита регистрируется от 9-ти до 23-х % случаев, с бактериовыделением – до 80 %, диссеминированный туберкулез – в 12-15 % случаев, с бактериовыделением – до 70 %.

2. Среди больных пожилого и старческого возраста в 2/3 случаев не представляется возможным проведение эндоскопического исследования бронхиального дерева из-за сопутствующих заболеваний, поэтому истинный удельный вес свищевых поражений несо-

мненно выше, что подтверждается высоким удельным весом бактериовыделения более 80 %.

3. Плохая переносимость и нежелательные побочные действия противотуберкулезных препаратов, негативное воздействие сопутствующей патологии, полипрогмазия, вынуждают назначать минимальные терапевтические дозы противотуберкулезных препаратов, нередко в интермиттирующем режиме, что удлиняет сроки стационарного лечения больных и пролонгирует амбулаторный этап терапии.

4. Совокупная эффективность стандартной терапии и индивидуально-модифицированных режимов химиотерапии позволяет достигнуть положительного клинико-рентгенологического и бактериологического результата лечения в 70-80 % случаев на стационарном этапе ведения больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста.

Литература

1. Всаильева И.А., Самойлова А.Г. Современные подходы к химиотерапии туберкулеза легких // Пульмонология. – 2011. – № 3. – С. 108–112.

2. Карачунский М.А., Уварова Т.Е. Туберкулез у лиц пожилого возраста в современных условиях // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 4. – С. 55–57.

3. Лысов В.В., Иванова О.Г., Мордюк А.В. Инфильтративный туберкулез легких у лиц старше 60 лет // Проблемы туберкулеза. – 2008. – № 1. – С. 28–30.

4. Мишин В.Ю., Мохирева Л.В. Химиотерапия впервые выявленных больных деструктивным тубер-

кулезом легких в современных эпидемиологических условиях // Актуальные вопросы лечения туберкулеза различных локализаций. – СПб., 2008. – С. 54–58.

5. Мурашкина Г.С., Алексеева Т.В., Новикова Н.М. и др. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Сибирском и Дальневосточном округах // Туберкулез. – 2011. – № 5. – С. 61–64.

6. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes // WHO/HTM/TB/2011.15.

Координаты для связи с авторами: Шиполова Марина Александровна – заведующая отделением противотуберкулезного диспансера, тел. 8-(4212)-27-47-30; Свистунова Вера Павловна – кандидат мед. наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии ДВГМУ, e-mail: k.ftiz.@mail.fesmu.ru; Малкова Марина Владимировна – главный врач КГКУЗ ПТД, тел. 8-(4212)-27-47-35.

