

лабораторными данными – в 46,5% случаев. Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены методами фиброгастроскопии у 15% больных. Хронические неспецифические заболевания легких диагностированы у 12,2% больных.

Выводы

1. Больных туберкулезом следует отнести к группе повышенного риска поражения микозами, т.к. длительное лечение антибиотиками и пониженный иммунитет способствует их возникновению и дальнейшему прогрессированию.

2. Среди этого контингента больных необходимо в обязательном порядке проводить обследование мокроты на грибки в начале первого месяца и при окончании интенсивной фазы терапии, т.е. в конце 3-го месяца.

3. Группами повышенного риска возникновения кандидоза являются больные с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет, хронические пневмонии и лица, страдающие выраженным иммунодефицитом.

4. Препаратом выбора для лечения микотической инфекции у фтизиатрических больных является Орунгал оральный раствор. Орунгал оральный раствор так же является и самым безопасным и хорошо переносимым антимикотическим препаратом, не обладающим сколько-нибудь значимым для жизни и здоровья

больных побочными действиями. Эти свойства позволяют использовать Орунгал оральный раствор в длительном комплексном лечении больных туберкулезом с различными сопутствующими заболеваниями в комплексе с противотуберкулезными препаратами.

Литература:

1. Кулько А.Б. Лабораторная диагностика микозов при туберкулезе // Лабораторная диагностика туберкулеза. – М.: Изд-во Медицина и жизнь, 2001. – С 59-66.

2. Кулько А.Б., Митрохин С.Д., Кузьмин Д.Е. и др. Бронхолегочные инфекции, вызванные грибами рода Candida, во фтизиатрической практике // Успехи медицинской микологии. – Т. 6. Материалы 3-го всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М.: Национальная академия микологии, 2005. – С. 75-77.

3. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М.: Изд-во Бином, 2003. – 439 с.

4. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Кандидоз: природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, диагностика и лечение. – М.: Изд-во Триада-Х, 2001. – 472 с.

5. Рунке М. Грибковые инфекции у иммунокомпрометированных пациентов (эпидемиология, диагностика, терапия, профилактика) // Проблемы медицинской микологии. – 2000. – Т.2, № 1. – С. 4-16.

УДК 616.24-002.5-616-02-005.33

ПРИЧИНЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

И.Е. Соловьев

КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер №2», г. Семей

Резюме

В современных условиях заболевают туберкулезом легких лица до 50 лет (91,5%), среди клинических форм преобладает инфильтративный туберкулез (84,1%). Основной причиной заболеваемости туберкулезом является социально-экономический фактор. Среди больных неработающие составили 59,3%, лица с денежным доходом 3000 тенге в месяц составил 61,3%. Среди проанализированных больных, злоупотребляющие алкоголем составили 15,8%, ранее такой процент встречался только в контингенте больных.

Тұжырым

ҚАЗІРГІ КЕЗДЕ АДАМДАРДЫҢ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНЕ ШАЛДЫҒУЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН СЕБЕПТЕР

Қазіргі кезде өкпе туберкулезімен ауыратын адамдардың арасында 50 жасқа дейінгілер 91,5% пайызды құрады. Ал өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінің ішінен көбінесе инфильтративті туберкулез кездесті (84,1). Адамдардың туберкулезге шалдығуының негізгі себебі экономикалық және социалдық факторлар. Біз талдаған аурулардың 59,3%-ы жұмысы жоқтар болды, ал айлық табыстары жан басына 3000 тенге болатындары 61,3%-ды құрады. Осы аурулардың 15,8 %-ы маскүнемдер болып шықты, бұрын мұндай пайыздық мөлшерде маскүнемдер созылмалы өкпе туберкулезімен ауыратындар арасында кездесетін.

Summary

THE REASONS PROMOTING DISEASE BY TUBERCULOSIS LIGHT IN MODERN CONDITION

Basically are ill the tuberculosis of the person before 50 years, on share which happens to 91,5% from the total number to ache. A Main reason of the growing to diseases by tuberculosis is social-economic factor. On social composition 59,3% to ache form not work and person with money income on one member of the families at month before 3000 m, which have formed - 61,3% sick. An Increase amongst for the first time revealed sick persons abusing alcohol that has formed 15,8% from the total number sick, early such percent met only in contingent sick. A Growing of the specific gravity infiltrative forms of the tuberculosis light, which has formed 84,1%, exactly given form is a source of the shaping fiber- cavernosis of the tuberculosis light.

По итогам 2010 г. отмечается снижение показателя заболеваемости населения по республике на 9,5%, что

составляет 95,3 против 105,8 в 2009 г. на 100 тысяч населения. Высокий показатель заболеваемости тубер-

кулезом, по сравнению с республиканским уровнем (95,3) отмечается наряду с другими областями и в Восточно-Казахстанской (124,0), а в Семипалатинском регионе – 120,4 на 100 тысяч населения. (1-4)

С целью выявления причин, приведших к ухудшению эпидемиологической ситуации в нашем регионе, нами исследованы 177 взрослых больных по специально составленной анкете.

Материалы и методы

Нами проанализированы 177 историй болезни больных страдающих туберкулезом легких, впервые взятые на учет в 2009-2010г.г. для полноты исследования проведен анкетированный опрос больных содержащих 30 разделов, куда были включены наличие вредных привычек и материально-бытовые условия жизни, а также факторы, способствующие заболеванию туберкулезом в современных условиях.

Результаты их обсуждения

По возрасту, больные распределялись следующим образом: 18-30 лет – 91 (51,4%), 31-40 лет – 48 (27,1%), 41-50 лет – 23 (13,0%), 51-60 лет – 11 (6,2%), 60 лет и старше – 4 (2,3%).

Как видно из вышеизложенного материала, среди наших больных преобладают лица от 18 до 30 лет. доля лиц работоспособного возраста также высока, то есть лица до 50 лет составили 162 чел. из 177 (91,5%). Удельные веса мужчин и женщин почти равноценны по частоте 54,2% и 45,8% соответственно.

По социальной принадлежности преобладают лица, нигде не работающие, то есть потерявшие работу из-за сокращения рабочих мест или из-за закрытия производства. Таких лиц 105 чел. из 177 (59,3%).

На втором месте по частоте служащие – 43 чел. из 177 (24,2%), пенсионеры – 10,7%, учащиеся – 2,3%, домохозяйки – 3,4%. Как известно, в социальной характеристике важное значение имеет образование больного туберкулезом, его основная профессия и характеристика труда и условий, в каких происходит трудовая деятельность. Среди наших больных высшее и среднее специальное образование имела половина больных.

В клинической структуре 177 впервые заболевших очаговый туберкулез легких установлен у 7,9% (14) больных, инфильтративный – у 84,1% (149), диссеминированный туберкулез легких – у 3,4% (6) больных, фиброзно-кавернозный – у 4,0% (7) больных и туберкулома легких – у 0,6% (1) больных.

Среди клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза легких (84,1%) и очень высокий удельный вес лиц с распадом (53,1%) и бацилловыделением (52,5%). Из наших больных выявлены при профилактическом осмотре 36,1% (64 чел.), а по обращаемости 63,8% (113 чел.), то есть из-за отсутствия флюорографических пленок больные в основном выявляются по обращаемости, что также неблагоприятно влияет на клиническую структуру впервые выявленных больных. Среди наших больных лица из контакта составили 20,3% (36 чел.). Из 177 больных 70,6% (125 чел.) городских и 29,3% сельских жителей (52 чел.). рентгенологический процесс был односторонним в 78,5% случаев, а двусторонним в 21,5% случаев. Из сопутствующих заболеваний сахарный диабет наблю-

дался в 2,8%, язвенная болезнь – 3,3%, хронические неспецифическое заболевание легких – 2,2% и другие заболевания, то есть все сопутствующие заболевания составили 16,9% (30 чел. из 177).

Среди первичных больных злоупотребляли алкоголем 15,8% курили до 1 пачки сигарет в день 6,7%, до 10 штук сигарет 9,6%, до 3 штук сигарет в день 18%.

Употребляли спиртные напитки ежедневно 12,5%, один раз в неделю 31,2%, один раз в месяц 18,7% и один раз в квартал 37,5% больных, что, несомненно, отражается на результатах лечения впервые выявленных больных туберкулезом.

Одним из социальных факторов способствующих заболеванию туберкулезом является качество питания людей, а это зависит непосредственно от денежного дохода семьи. Средний доход в денежном выражении из расчета на 1 члена семьи в месяц у наших больных было следующим: денежный доход до 1000 тенге составил 26,1%, до 3000 тенге – 35,2%, до 5000 тенге – 37,5%, до 10000 тенге -1%. Как видно из вышеизложенного, заболевают туберкулезом в основном социально незащищенные слои населения. Малый удельный вес сопутствующих заболеваний объясняется молодым возрастом заболевших, но распространенность вредных привычек у наших больных высокая по сравнению с прежними годами. Начальные признаки заболевания характеризовались следующим образом: кашель с одышкой наблюдалась у 64,2%, боль в грудной клетке у 36,5%, субфебрильная температура у 48,0%, а интоксикационный синдром у 80,2% больных. Из осложнений основного заболевания экссудативный плеврит встречался в 8,4% случаев, а легочное кровотечение и кровохарканье в 6,7% случаев, что составляет 12 чел. из 177 больных. Лечение больных проводилось по программе ВОЗ, по методике ДОТС по первой категории лечились 163, а по III категории – 14 больных из 177.

Из общего числа закончивших лечение по первой категории излечение наступило (исчезновение симптомов интоксикации, рассасывание инфильтрации, абациллирование) у 85,8% больных, а нарушали режим (12,5%) больные, злоупотребляющие алкоголем. Неблагоприятный исход у 2 больных связан с наличием лекарственной устойчивости подтвержденный бактериологически.

Литература:

1. Игембаева К.С. и соавт. // Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Семипалатинского региона // Пробл.туб. – 2001.-№6. с.14-17.
2. Чуканова В.П., Валиев Р.Ш., Гергерт В.Я. и др. Популяционно-эпидемиологическое исследование туберкулеза легких в ряде сельских регионов Татарстана// Пробл.туб.-2008.-№10.-С.35-39.
3. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социальная демографическая структура туберкулеза в РФ, его зависимость от уровня жизни// Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-С.4-9.
4. Богородская Е.М. Больные туб-м: Мотивация к лечению// Пробл.туб. и болезней легких. – 2009.-№2. – С. 3-11.