

УДК 616.2-002.5-055.1

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ МУЖЧИН**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нурғалиев, З.Д. Маликова, А.С. Шаменко, А. Кажитаев
Государственный медицинский университет г.Семей
Туберкулезный диспансер г.Семей**

По данным НЦПТ РК заболеваемость населения туберкулезом снизилась с 126,4 в 2007 г. до 125,5 в 2008 г. на 100 тыс. населения, темп снижения составил 0,7%. На заболеваемость туберкулезом оказывают влияние лица, не занятые трудовой деятельностью, злоупотребляющие алкоголем, прибывшие из ИТУ и другие, которые в основном состоят из мужчин (1-3).

Цель нашего исследования изучение социальной, клинической структуры и результатов лечения мужчин, больных туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 108 мужчин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на лечении в Региональном противотуберкулезном диспансере.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов. Эффективность лечения оценивали по прекращению бактериовыделения, закрытию деструктивных изменений в легочной ткани и по положительной динамике клинических проявлений. Лечение мужчин туберкулезом органов дыхания осуществлялось этиотропной терапией включающим использование адекватных схем и режимов химиотерапии в сочетании с патогенетическими средствами.

Результаты и обсуждение

Из 108 человек лица от 18 до 30 лет составили 32,4%, 31-40 лет-29,6%, 41-50 лет-20,4%, 51-60 лет-10,2%, старше 60 лет-7,4%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица трудоспособного возраста (18-50 лет), составившие 82,4% от всех больных. Подавляющее большинство пациентов имели среднее образование (69,8%). По социальному составу среди заболевших не работающие составили 58,3%. Каждый третий пациент из числа работающих имел рабочую специальность (25,9%), служащие и учащиеся составили по 6,5%, а пенсионеры-2,7%. Более чем у половины (55,5%) пациентов жилищно-бытовые условия были удовлетворительными, но 44,4% больных, прибывших из ИТУ не имели постоянного местожительства. Туберкулез легких был выявлен при обращении у 61,6% больных.

Среди заболевших мужчин у 30,6% случаев имелись зарегистрированные туберкулезные контакты. Наиболее часто встречающимися симптомами туберкулезной интоксикации у пациентов были слабость и повышение температуры тела, а из локальных - кашель с мокротой и одышка при физических нагрузках. Острое начало заболевания отмечалось у 29,1% случаев.

Среди клинических форм у больных мужчин преобладала инфильтративная-62,0%, а из других - очаговый туберкулез легких составил - 13,8%, диссеминированный - 10,2%, туберкулезный плеврит - 4,6%, а казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез легких составил 4,6%, то есть по 5 чел. из 108 больных. По данным рентгенологического обследования число больных с распространенным процессом составило - 40,7% - более опасными в эпидемиологическом плане и сложными для лечения. Более чем у половины (73,1%)

пациентов отмечалось бактериовыделение, из которых 49,4% (у 39 из 79 бациллярных) были обильными бацилловыделителями. Доля больных с наличием деструктивных изменений в легочной ткани составил 64,8% (70 из 108 больных). Из сопутствующих заболеваний у мужчин, чаще всего, встречались злоупотребление алкоголем, в том числе страдающие хроническим алкоголизмом составили 28,7%, а страдающие бытовым пьянством составили 11,1%, из других болезней заболевания желудочно-кишечного тракта (4,6%) и хронические обструктивные заболевания легких (6,5%), у мужчин пожилого возраста - заболевания сердечно-сосудистой системы (5,6%), сахарный диабет (2,7%) и железодефицитная анемия составила 3,7%. Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении.

В период интенсивной фазы лечения в течение 2 мес. получали изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Длительность лечения учитывали по количеству дней, в течение которых пациент принимал всю дозу химиотерапии, т.е. все 4 назначенных препарата. Если этого не происходило, то день, когда больной не принимал лекарств или принимал 2-3 препарата, не считался днем принятия дозы химиотерапии.

При отрицательных данных микроскопии мокроты через 2 мес. (60 доз) химиотерапии больные переходили на фазу продолжения лечения изониазидом и рифампицином, которая составляла 4 месяца (120 доз). Если у больного продолжалось бактериовыделение по микроскопии мазка мокроты к концу окончания интенсивной фазы лечения, то она продлевалась еще на 1-2 месяца-до получения отрицательных данных микроскопии мокроты на МБТ. При оценке эффективности химиотерапии больных мы использовали не только критерии ВОЗ как фактор прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка, но и критерии эффективности лечения, определенные концепцией национальной Казахстанской программы борьбы с туберкулезом, как результат прекращения бактериовыделения по посевам мокроты на питательные среды и закрытия деструктивных изменений в легких. У наших больных в результате проведенного комплексного лечения закрытие полости распада наступило у 77,1% случаев, а прекращение бактериовыделения у 79,7% случаев.

Литература

1. Русских О.Е. Особенности туберкулеза органов дыхания у больных, освободившихся из мест лишения свободы в Удмуртской Республике//Пробл. туб.-2008.-№2.-с.9-12
2. Сафарян М.Д., Стамболцан Е.П., Ардтунян Д.А. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Армении за 10 лет (1997-2006 г.г.)//Пробл. туб.-2009.-№2.-с.32-38
3. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в РФ, его зависимость от уровня жизни //Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-с.4-9

Тыныс ағзалары туберкулезімен алғаш рет ауырған ерлердің мінездемесі

К.С.Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нурғалиев, З.Д. Маликова, А.С. Шаменко, А. Кажитаев

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінен инфильтративті туберкулез жиі (62,0%) кездесті, өкпелерінде каверна бар аурулар 64,8% жиілікпен, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаратындар 73,1% пайызды құрады. Комплексі жүргізілген емдеудің нәтижесінде өкпедегі кавернасы жабылғандар аурулардың 77,1%-ын, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаруды тоқтатқандар 79,7%-ды құрады.

The characteristic for the first time the revealed patients with a tuberculosis of bodies of breath of men

K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, N.B. Nurgaliev, Z.D. Malikova, A.S. Shamenko, A. Kazhitaev

Among clinical forms of a tuberculosis easy prevailed (62,0%) infiltrative the form, destructive in easy is revealed at 64,8% of cases, and bacterioexcretion at 73,1% of cases. As a result of the lead (carried out) complex treatment closing of a cavity of disintegration has come (stepped) at 77,1% of patients, and the termination (discontinuance) bacterioexcretions at 79,7% of cases.

УДК 616.329+616.341-073.75

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ПИЩЕВОДНОГО КЛИРЕНСА ДО И ПОСЛЕ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова
Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана

До настоящего времени при описании рентгенологами эвакуации из пищевода используется способ оценки с фиксацией скорости начала и полного опорожнения бариевой взвеси [1, 2]. Данный метод вызывает увеличение лучевой нагрузки пациента в случае замедленной эвакуации из пищевода. При этом, эвакуация из пищевода при ахалазии наиболее часто расплывчато описывается как «первичная эвакуация из пищевода происходит небольшими и редкими порциями...» [3].

Цель работы: разработка и применение объективного рентгенологического метода оценки пищеводного клиренса в фиксированный период времени оценки до и после операции по поводу ахалазии пищевода.

Материал и методы. Для объективизации оценки времени эвакуации нами предложен метод исследова-

ния пищеводного клиренса заключающийся в том, что натощак утром пациенту дают выпить 200 мл сульфата бария в соотношении с водой 1:1. На прием контраста давали от 30 до 45 секунд. После последнего глотка бариевой взвеси отсчитывали 1 минуту и делали первый рентген-снимок, а затем через 5 минут второй снимок. При этом получали показатели одноминутного и пятиминутного пищеводного клиренса.

Такие снимки проводили до и после эзофагокардиомиотомии с определением высоты и ширины столба бариевой взвеси. На снимках горизонтальными линиями наносили верхний и нижний уровень столба бария, а стрелками по бокам его максимальную ширину как показано на рисунке 1.

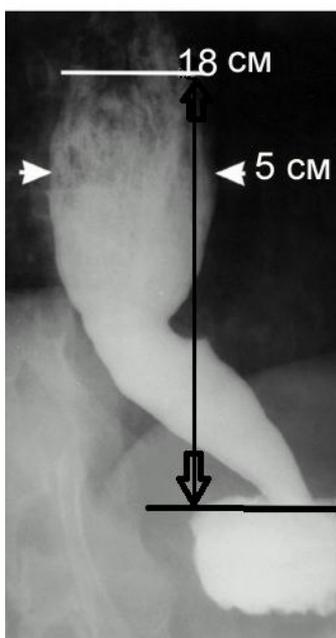


Рисунок 1 - Методика измерения параметров бариевого столба при ахалазии

При оценке пищеводного клиренса исходили из того, что в норме у человека пищевод очищается от 200 мл бариевой взвеси через 10-20 секунд, а через 1 минуту не имеет остаточного количества бариевого контраста.

В отличие от нормы у больных с ахалазией кардии мы отметили существенную задержку бария через 1 и 5 минут исследования по параметрам бариевого столба (БС) в пищеводе.