

У больных с высокими титрами антител к условно-патогенной флоре встречались сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта (1 случай хронического холецистита и 1 случай язвенной болезни желудка), в то время как в группе больных с низкими титрами антител к условно-патогенной флоре они не встречались.

#### **Выводы**

1. Высокие титры антител к условно-патогенной флоре у больных кишечными инфекциями к клебсиелле, эшерихии, синегнойной палочке встречаются чаще чем у доноров.

2. Высокие титры антител к условно-патогенной флоре чаще встречаются у более молодых и женщин, больных острыми кишечными инфекциями.

3. У больных острыми кишечными инфекциями с высокими титрами антител к условно-патогенной флоре заболевание чаще протекало в форме гастроэнтероколита.

4. Высокая температура тела чаще встречается у больных с высокими титрами антител к условно-патогенной флоре.

5. У больных с высокими титрами антител к условно-патогенной флоре встречалась сопутствующая патология желудочно-кишечного тракта (хронические холециститы, язвенная болезнь желудка).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акатов А.К. Зуева В.С. Страфилококки. — М.: Медицина, 1983. — 255 с.
2. Ахматов Н.А., Сидикова К.А. Страфилококковая инфекция: микробиология, эпидемиология, специфическое лечение и профилактика. — Ташкент: Медицина, 1981. — 135 с.
3. Бидненко С.И., Мельницкая Е.В., Руденко А.В., Назарчук Л.В. Серологическая диагностика и иммунологические аспекты протейной инфекции // ЖМЭИ. — 1985. — № 2. — С. 49–53.
4. Дяченко А.Г., Липовская В.В., Дяченко П.А. Особенность иммунного ответа при острых кишечных инфекциях, вызванных патогенными энтеробактериями // ЖМЭИ. — 2001. — № 5. — С. 108–113.
5. Курбатова Е.А., Егорова Н.Б., Дубова В.Г. и др. Изучение реактогенности и иммунологической эффективности клебсиеллезной вакцины на донорах // ЖМЭИ. — 1990. — № 5. — С. 53–56.
6. Степена М.А., Воеводин Д.А., Скрипник А.Ю. и др. Уровень сывороточных антител к условнопатогенной микрофлоре как маркер процесса формирования вторичного иммунодефицита // ЖМЭИ. — 2001. — № 5. — С. 50–54.
7. Назарчук Л.В., Максимец А.П., Дзюбан Н.Ф. Антисинегнойная активность сыворотки доноров и препарата «Иммуноглобулин» // Врачебное дело. — 1986. — № 7. — С. 56–57.

*Поступила 05.04.2006*

**УДК 616.24-002.5-036.65-02-07**

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ИСХОДЫ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

**А.А. Холявкин, Д.Ю. Рузанов, С.В. Бутько**

**Гомельский государственный медицинский университет  
Гомельская областная туберкулезная клиническая больница**

Причины рецидивов туберкулеза и эффективность их лечения были проанализированы у 249 пациентов с туберкулезом легких. Рецидивы чаще возникают у лиц с сопутствующими заболеваниями, хроническим алкоголизмом, с остаточными изменениями после ранее перенесенного туберкулеза легких. Лечение рецидивов более длительно, чем первичного заболевания, не предотвращает формирование остаточных изменений, эффективность их лечения значительно ниже.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, рецидив, причины рецидивов, деструкция, бактериовыделение.

### **THE CLINICAL CHARACTERISTIC AND OUTCOMES OF RELAPSES WITH PULMONARY TUBERCULOSIS**

**A.A. Kholyavkin, D. Y. Ruzanov, S.V. Butko**

**Gomel State Medical University  
Gomel Regional Tubercular Clinical Hospital**

The causes of pulmonary tuberculosis recurrences and efficacy of their treatment have been analyzed for 249 patients with pulmonary tuberculosis. The recurrences arise most often second-

dary to associated diseases, chronical alcoholism, in subjects who previously have had focal pulmonary tuberculosis. Treatment of the recurrences is longer than that of the primary foci, does not prevent residual changes, is not curative in all the cases.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, relapse, reason of relapses, destruchen, allocation of bacteria.

### **Введение**

Совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики туберкулеза в последние годы привело к улучшению его эпидемиологических показателей. Вместе с тем среди выявленных больных удельный вес реактивации туберкулеза легких довольно высок (4–20% и более), сохраняется тенденция к относительному его нарастанию [1, 2, 3, 5]. Кроме того, распространенность процесса с высокой частотой распада в легких и бактериовыделения среди больных данной категории, трудности диагностики, лечения и профилактики существенно влияют на показатель распространенности туберкулеза, который поддерживает высокий уровень инфицированности [1, 2, 3, 4]. Данные о результатах динамического наблюдения за отдаленными последствиями рецидивов туберкулеза органов дыхания в современных публикациях единичны.

### **Материалы и методы**

Для выяснения причин рецидивов туберкулеза органов дыхания (ТОД), особенностей их течения, эффективности лечения, характера остаточных изменений и состояния трудоспособности в отдаленном периоде нами проанализированы данные анамнеза и клинико-рентгенлабораторные

обследования 249 больных с рецидивами туберкулеза легких, лечившихся в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в 1991–2000 гг. Среди наблюдавшихся удельный вес мужчин был в 3 раза выше, чем женщин (73,1 и 26,9% соответственно). В возрасте от 20 до 30 лет было 5,6% больных, от 31 до 40 лет — 14,5%, от 41 года до 50 лет — 24,9%, от 51 года до 60 лет — 23,7% и старше 60 лет — 31,3% больных. Таким образом, большинство (79,9%) больных с рецидивами были старше 40 лет.

После клинического излечения ранние (в сроки до 5 лет) рецидивы констатированы у 11,6% больных, поздние — у 88,4%. Средний срок наступления раннего рецидива составил 4,1 года, позднего — 17,7 года.

### **Результаты и обсуждение**

При первичном выявлении заболевания у 36,2% больных определялся очаговый, у 40,6% — инфильтративный, у 6,0% — диссеминированный туберкулез, у 6,4% — туберкулема, у 4,0% — экссудативный плеврит, у 2,8% — туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, реже встречались другие формы. Туберкулез в фазе распада был выявлен у 28,1%, бактериовыделение — у 34,9% больных.

**Таблица 1**

### **Форма, фаза процесса и бактериовыделение при первичном заболевании и при рецидиве**

Клиническая форма туберкулеза	При первичном заболевании		При рецидиве	
	Абс.	%	Абс.	%
Очаговая	90	36,2	26	10,4
Инфильтративная	101	40,6	150	60,2
Диссеминированная	15	6,0	38	15,1
Казеозная пневмония	—	—	1	0,4
Туберкулема	16	6,4	11	4,4
Фиброзно-кавернозная	—	—	7	2,8
Цирротическая	—	—	3	1,2
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	7	2,8	4	1,5
Туб. эмпиема	—	—	3	1,2
Туберкулезный плеврит	10	4,0	1	0,4
Туберкулезный эндобронхит	3	1,2	5	2,0
Другие формы	7	2,8	1	0,4
Всего	249	100,0	249	100,0
Фаза распада	140	56,2	70	28,1
Бактериовыделение	143	34,9	87	57,4

Как видно из таблицы 1, рецидив ТОД наиболее часто проявляется в виде инфильтративной и диссеминированной форм. Реже встречаются очаговая форма и туберкулома, появляются остропрогрессирующие и хронические формы. Туберкулез в фазе распада констатирован у 56,2%, бактериовыделение — у 57,4% больных.

Таким образом, течение процесса у больных с рецидивами ТОД по формам туберкулеза и наличию деструкции менее благоприятное, чем при первичном выявлении заболевания.

Существенно возросла частота бактериовыделителей с рецидивами ТОД ( $57,4 \pm 0,98\%$ ) по сравнению с впервые заболевшими ( $34,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Следовательно, лица, перенесшие туберкулез, являются резервом появления новых бактериовыделителей.

Изучение характера остаточных изменений в легких после излечения первично-гого заболевания проводилось по общепринятой методике [4]. После окончания основного курса лечения у 18% обследованных в легких сохранились большие остаточные изменения, у 62% — малые, у 2,9% — не имелось остаточных изменений в легких, а 9,3% пациентов выписаны с диагнозом «состояние после оперативного лечения». У 81% наблюдавших больных изменения локализовались в 1, 2, 6-м сегментах легких.

Наиболее частыми причинами (или их сочетанием) возникновения рецидива ТОД являлись: сопутствующие заболевания — 54,4%, плохие материально-бытовые условия жизни — 41,8%, злоупотребление алкоголем и хронический алкоголизм — 32,1%, недостатки в проведении основного курса химиотерапии и курсов противорецидивного лечения — 20,5%, пребывание в ИТУ — 18,1%, большие остаточные изменения после перенесенного туберкулеза легких — 16,5%, наличие контакта с туберкулезными больными людьми или животными — 15,3%.

При поступлении в стационар у 21,3% больных с рецидивом ТОД симптомы интоксикации отсутствовали, у 62,2% они были выражены умеренно и лишь у 16,5% наблюдалась выраженная интоксикация. Кровохарканье наблюдалось у 2,3%, легочное кровотечение — у 0,9% больных. Умеренные воспалительные изменения в крови отмечены у 32,1% больных. При

фибробронхоскопии, проведенной 129 больным, у большинства (79,1%) выявлена патология: у 66,7% двусторонний диффузный эндобронхит I-II степени, у 12,1% — посттуберкулезные рубцовые изменения.

Все больные с рецидивом ТОД на начальном этапе лечения были госпитализированы, однако 39,1% из них находились в стационаре не более 3 месяцев. Средний срок стационарного лечения составил  $84,1 \pm 3$  дня.

На стационарном этапе лечения полости распада закрылись у 21,3%, абациллирование достигнуто у 39,6% больных. Процесс прогрессировал у 8,8% больных. Отсутствие какой-либо динамики отмечено у 14,8% больных.

Наиболее часто причинами низкой эффективности лечения больных являлись: необратимость морфологических изменений вследствие несвоевременного и позднего выявления реактивации туберкулеза — у 62,3%, асоциальное поведение и несоблюдение режима лечения — у 60,3%. Основные причины преждевременной выписки: пьянство и некорректное поведение — в 34,3% случаев, нарушение режима и самовольный уход из стационара — в 26,9%, отказ от стационарного лечения — в 6,9%. Лиц, злоупотребляющих алкоголем, было 32,1%, ранее пребывали в местах лишения свободы — 18,1%.

Анализ характера остаточных изменений после излечения рецидива показал, что по сравнению с впервые выявленным процессом при рецидиве чаще преобладали большие остаточные изменения (16,5 и 46,7% соответственно).

В отдаленные (через 2–10 лет) сроки наблюдения, после снятия с ДУ, 41,8% из 220 больных умерли, в том числе 27,7% — от прогрессирования туберкулезного процесса, 14,1% — от нетуберкулезной патологии (сердечно-сосудистые заболевания, инсульт, хронический алкоголизм и др.). У 8,4% больных развился хронический туберкулезный процесс они наблюдаются по II группе диспансерного учета (ДУ), 27,7% больных переведены в III (А, Б) группы ДУ. 9,7% больных признаны инвалидами вследствие туберкулеза, 12,4% стали пенсионерами по возрасту. Судьба 29 пациентов неизвестна в связи с переменой местом жительства.

Несвоевременное и позднее выявление рецидива туберкулеза, асоциальный образ

жизни и поведения, более тяжелое течение туберкулеза, негативное отношение больных к лечению и сотрудничеству с медперсоналом значительно снижает эффективность лечебных и оздоровительных мероприятий среди этих лиц и требует изменения тактики ведения и наблюдения таких пациентов.

#### **Выходы**

1. Рецидив туберкулеза органов дыхания наиболее часто проявляется в инфильтративной и диссеминированной формах, характеризуется появлением остропрогрессирующих и хронических форм туберкулеза.

2. Факторами, способствующими возникновению рецидивирующего течения туберкулеза, являются сопутствующие заболевания (54,4%), плохие материально-бытовые условия жизни (41,8%), злоупотребление алкоголем и хронический алкоголизм (32,1%).

3. Лечение больных с рецидивами туберкулеза легких более продолжительно, чем пациентов с впервые выявленной болезнью. Излечение рецидивов происходит с развитием массивных остаточных изменений.

4. Дифференцированная система противотуберкулезных мероприятий среди групп риска повторного заболевания туберкулезом позволит своевременно диагностировать активность процесса, улучшить клиническую структуру заболевания и его прогноз.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Ильина Т.Я., Жингарев А.А., Сидоренко О.А. и др. Распространенность рецидивов туберкулеза органов дыхания при напряженной эпидемиологической ситуации // Проблемы туберкулеза. — 2005. — № 7. — С. 15–17.

2. Мишин В.Ю., Жестковских С.Н. Рецидивы туберкулеза органов дыхания // Проблемы туберкулеза. — 2004. — № 4. — С. 11–13.

3. Риекстиня В., Торп Л., Леймане В. Факторы риска ранних рецидивов туберкулеза в Латвии // Проблемы туберкулеза. — 2005. — № 1. — С. 43–47.

4. Стандарты (модели протоколов) лечения больных туберкулезом. — М., 1998. — С. 10–21.

5. Brennan P.V. Tuberculosis in the context of emerging and reemerging diseases. FEMS Immunol // Med. Microbiol. — 1997. — Р. 263–269.

*Поступила 05.05.2006*

**УДК 61 – 056. 52 – 036. 22**

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОЖИРЕНИЯ**

**В.А. Дробышевская**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Ожирение и избыточная масса тела являются одной из важных проблем медицины на протяжении многих лет. В последнее время интерес к ней значительно возрос, что обусловлено широкой распространностью ожирения среди всех возрастных групп населения, низкой эффективностью лечебных мероприятий, направленных на снижение веса, открытием новых препаратов для лечения данной патологии, новыми достижениями в понимании патогенеза ожирения, открытием гормона жировой ткани — лептина, группы бетта-3-адренорецепторов. Ожирение представляет собой серьезную проблему из-за наличия таких последствий, как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, метаболический синдром, дисциркуляторная энцефалопатия. Поэтому знание эпидемиологии ожирения указывает на необходимость дальнейшей работы в данном направлении.

**Ключевые слова:** ожирение, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, эпидемиология, метаболический синдром, индекс массы тела.

## **EPIDEMIOLOGY OF OBESITY**

**V.A. Drobyshevskaya**

**Gomel State Medical University**

Obesity and excessive body weight have been leading among the medicine problems for many years. Last time the interest to this problem increased considerably being stipulated by obesity prevalence among all age population groups and low efficiency of remedial measures