

ности к туберкулину у детей с прогрессирующим и неосложненным туберкулезом. Так, гиперергические реакции определялись почти в 2 раза чаще у больных с неосложненными формами первичного туберкулеза ( $n = 307$ ), чем у пациентов ( $n = 137$ ) с осложненным течением процесса ( $41,7 \pm 2,7$  и  $22,2 \pm 3,9\%$  соответственно),  $p < 0,001$ . Алергия же, напротив, у последних регистрировалась в 25 раз чаще ( $23,0 \pm 4,5$  и  $0,9 \pm 0,6\%$  соответственно),  $p < 0,001$ . Отмечена зависимость между гиперергией и характером течения туберкулезного процесса,  $p < 0,01$  ( $\chi^2 = 14,987$ ). При анализе чувствительности к аллергену туберкулезному рекомбинантному установлено: у значительного большинства больных при выявлении туберкулеза проба была положительной ( $92,9 \pm 3,4\%$ ). У детей с ЛТИ из контакта с МБТ(+) положительные результаты регистрировалась у  $3/4$  пациентов, что встречалось в 2 раза чаще, чем из очагов МБТ(-) ( $35,5 \pm 6,1\%$ ), и чаще, чем у детей из здорового окружения ( $40,3 \pm 3,2\%$ ),  $p < 0,05$ . Представляет интерес гиперергическая чувствительность к ДСТ в группах сравнения. Так, гиперергические реакции регистрировались у  $76,8 \pm 5,6\%$  больных ту-

беркулезом, у детей с ЛТИ, проживающих в условиях суперинфекции, – у каждого 4-го, что чаще, чем из контакта с больными МБТ(-) и из здорового окружения ( $28,0 \pm 3,1$  и  $4,8 \pm 2,7\%$  и  $9,5 \pm 1,9\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Группу высокого риска по заболеванию представляют дети с гиперергической пробой Манту и положительными пробами с ДСТ, что требует проведения лучевых методов исследования. В обследовании с использованием МСКТ, по данным пробы с ДСТ, нуждались дети чаще, чем пробы Манту с 2 ТЕ: из очагов туберкулезной инфекции – в 4,5 раза чаще ( $66,2 \pm 2,9$  и  $13,1 \pm 2,1\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ), из здорового окружения – в 3 раза чаще ( $40,3 \pm 3,2$  и  $11,3 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Экзогенная реинфекция МБТ является причиной сенсбилизации детей активными МБТ, что подтверждается гиперергией на пробу с ДСТ и высокой вероятностью развития локальных специфических изменений. Группу высокого риска по заболеванию составляют дети из очагов туберкулезной инфекции и дети с положительными результатами на пробу с ДСТ независимо от эпидемиологического фактора и результатов пробы Манту.

---

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

ПОРКУЛЕВИЧ Н. И.<sup>1</sup>, МОРДЫК А. В.<sup>1</sup>, ГУРОВА Я. В.<sup>1</sup>, МАРТЫНОВА Г. Г.<sup>2</sup>

### ANALYSIS OF REASONS CAUSING FIBROUS CAVERNOUS TUBERCULOSIS

PORKULEVICH N. I.<sup>1</sup>, MORDYK A. V.<sup>1</sup>, GUROVA YA. V.<sup>1</sup>, MARTYNOVA G. G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Омск

<sup>2</sup>КУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Омск

<sup>1</sup>Omsk State Medical University, Omsk, RF

<sup>2</sup>Clinical Anti-tuberculosis Dispensary, Omsk, RF

---

**Цель:** выявление факторов, способствующих недостаточной эффективности основного курса химиотерапии у впервые выявленных больных и оценка их значимости в хроническом течении туберкулеза.

**Материал и методы.** Проведено ретроспективное исследование, в котором приняло участие 130 больных туберкулезом, составивших две группы по 65 пациентов: 1-я группа – впервые выявленные пациенты с инфильтративным туберкулезом легких с относительно неблагоприятным исходом первого курса стационарного лечения, проявившимся сохранением полостей распада на фоне прекратившегося бактериовыделения, 2-я – больные со сформированным фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТ) из 2Б группы диспансерного учета. Группы

были сопоставимы по полу, средний возраст больных в группах составил  $38,9 \pm 13,5$  и  $44,0 \pm 11,4$  года ( $p > 0,05$ ). Полученные данные статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office 2007, Biostat 2009. Различия между группами определяли с использованием критерия  $\chi^2$  (при  $p < 0,05$ ).

**Результаты.** В группах преобладали жители города –  $78,5$  и  $68,4\%$  ( $\chi^2 = 22,869$ ,  $p = 0,000$ ). В обеих группах среди больных с хроническими формами туберкулеза отмечено большое число лиц БОМЖ –  $12,3$  и  $23\%$  соответственно ( $p > 0,05$ ). Пациенты с ФКТ имели более низкий образовательный уровень ( $\chi^2 = 5,508$ ,  $p = 0,019$ ). Основная доля больных с ФКТ представлена неработающими ( $66,2$  и  $26,2\%$ ,  $\chi^2 = 19,345$ ,  $p = 0,000$ ). В браке

состояло 29,2% пациентов 1-й группы и 15,4% – 2-й ( $\chi^2 = 2,841, p = 0,092$ ), находились в разводе – 23,1 и 20% ( $\chi^2 = 0,046, p = 0,831$ ), вдовцов было 6,2 и 4,6%, лиц, не имевших семьи, – 43,1 и 58,5% ( $\chi^2 = 2,493, p = 0,114$ ). Оценивали свои материально-бытовые условия как удовлетворительные 75,4% пациентов 1-й группы и 60% – 2-й ( $\chi^2 = 2,849, p = 0,091$ ). Большинство пациентов (80 и 87,7%) имели вредные привычки. Курили 75,4 и 84,6% больных, злоупотребляли алкоголем – 55,4 и 70,8%, употребляли наркотические вещества по 13,9% в каждой группе ( $p > 0,05$ ).

Все пациенты, помимо туберкулеза, имели различную сопутствующую патологию. Во 2-й группе в 3 раза чаще встречался вирусный гепатит С ( $\chi^2 = 3,945, p = 0,047$ ), в 4 раза чаще – хроническая обструктивная болезнь легких ( $\chi^2 = 24,078, p = 0,000$ ), в 9 раз чаще – анемия ( $\chi^2 = 14,539, p = 0,000$ ).

По результатам планового флюорографического осмотра в 1-й группе выявлено 49,2% пациентов, во 2-й – 15,4% ( $\chi^2 = 15,511, p = 0,000$ ), при обращении за медицинской помощью – 50,8 и 67,7% ( $\chi^2 = 3,185, p = 0,074$ ), при обследовании по контакту во 2-й группе – 16,9% ( $\chi^2 = 9,931, p = 0,002$ ). До выявления заболевания ежегодно проходили флюорообследование 50,8 и 3,1% пациентов в группах ( $\chi^2 = 35,188, p = 0,000$ ), в срок 2-3 года – 29,2 и 26,2% ( $\chi^2 = 0,038, p = 0,845$ ), от 3 до 9 лет – 18,5 и 60% ( $\chi^2 = 21,812, p = 0,000$ ), свыше 10 лет – 1,5 и 10,8% ( $\chi^2 = 3,330, p = 0,068$ ). Контакт с больным туберкулезом отмечен у 29,2 и 44,6% пациентов в группах ( $\chi^2 = 2,675, p = 0,102$ ). При этом семейный контакт в 1-й группе имели 21,5% больных, во 2-й – 7,7% ( $\chi^2 = 3,945, p = 0,047$ ), на производстве – 1,5% в каждой группе, в ИТУ – 6,2 и 35,4% ( $\chi^2 = 15,146, p = 0,000$ ).

У пациентов с неблагоприятными исходами инфильтративного туберкулеза чаще встречалось правостороннее поражение легких ( $\chi^2 = 6,731, p = 0,009$ ), реже (47,7%) – очаги отсева ( $\chi^2 = 36,918, p = 0,000$ ). В группе пациентов с ФКТ процесс чаще был (73,9%) двусторонним ( $\chi^2 = 13,834, p = 0,000$ ), в 96,9% – с очагами отсева ( $\chi^2 = 36,918, p = 0,000$ ), в 100% – с признаками давности процесса в виде фиброза ( $\chi^2 = 21,927, p = 0,000$ ). Осложнения в 3 раза чаще имели место у больных с ФКТ (30,8 и 98,5%,  $\chi^2 = 62,208, p = 0,000$ ). Среди осложнений наибольшую долю занимали явления дыхательной недостаточности – 98,5% ( $\chi^2 = 79,637, p = 0,000$ ), кровохарканье – 49,2% ( $\chi^2 = 28,005, p = 0,000$ ), легочное сердце – 21,5% ( $\chi^2 = 13,524, p = 0,000$ ), плев-

риты – 10,8% ( $\chi^2 = 0,092, p = 0,762$ ). Бактериовыделение было у 83,1 и 95,4% ( $\chi^2 = 3,992, p = 0,048$ ), лекарственная устойчивость – у 63,1 и 75,4% ( $\chi^2 = 1,769, p = 0,183$ ), множественная лекарственная устойчивость – у 30,8 и 50,8% ( $\chi^2 = 4,587, p = 0,032$ ). Сочетание легочного туберкулеза с внелегочным отмечалось в 2 раза чаще среди больных с ФКТ: 4,6 и 10,7% ( $\chi^2 = 0,975, p = 0,323$ ).

Пациентам 2-й группы в 3 раза чаще проводили смену режима химиотерапии (35,4 и 98,5% соответственно,  $\chi^2 = 55,600, p = 0,000$ ), основными причинами явились прогрессирование заболевания (0 и 70,8%,  $\chi^2 = 68,129, p = 0,000$ ), лекарственная устойчивость (23,1 и 70,8%,  $\chi^2 = 27,798, p = 0,000$ ), сопутствующая патология (9,2 и 0%,  $\chi^2 = 4,368, p = 0,037$ ).

Впервые выявленным больным инфильтративным туберкулезом легких при сохранении полости распада по истечении 6 мес. химиотерапии было предложено проведение оперативных вмешательств, части из них операции были выполнены. При сравнении групп у впервые выявленных пациентов оперативное лечение проведено в 23,1% случаев против 6,2% больных с ФКТ на ранних этапах их лечения и наблюдения в противотуберкулезном диспансере ( $\chi^2 = 6,164, p = 0,013$ ).

**Заключение.** Следует выделить несколько факторов, способствующих хронизации туберкулезного процесса. Несмотря на то что основным методом выявления туберкулеза у взрослых является ежегодная флюорография, до 60% хронических больных игнорировали этот метод и обследовались в срок свыше 3 лет, при этом большинство уже имели бронхолегочные проявления. К развитию ФКТ приводило отсутствие приверженности к лечению, и в результате этого прогрессирование заболевания и развитие лекарственной, в том числе множественной лекарственной устойчивости возбудителя. Среди лиц с ФКТ преобладали ведущие асоциальный образ жизни, с серьезной сопутствующей патологией.

Факторы, определяющие недостаточную эффективность первого курса стационарного лечения у впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом, те же, что приводят к хронизации туберкулезного процесса: небрежное отношение к своему здоровью и непрохождение флюорографии, низкий образовательный уровень, отсутствие семьи, жилья, наличие вредных привычек, разнообразная сопутствующая патология.