

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНІ, ІНФОРМАЦІЙНО-ТЕХНОЛОГІЧНІ ТА ІНШІ ПИТАННЯ

УДК 504.058:616.24-002.5-036.87-085

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

*Потейко П.И., Крутько В.С., Попов О.И., Лебедь Л.В., Корженевский С.В.,
Сокол Т.В., Ляшенко А.А., Рогожин А.В., Константиновская О.С.,
Сёма Н.П., Бойко Л.Т., Ходаковская В.А., Семко Н.Г.
Харьковская медицинская академия последипломного образования
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Деснянская райСЭС г. Киева*

Основными критериями экологического благополучия территории населенных мест являются качество жизни человека и уровень его здоровья. Именно показатели здоровья рассматриваются в настоящее время как индикатор соответствия экологических характеристик и научно-технического прогресса. Реакция человека на существенные изменения окружающей среды выражается в форме различных экологообусловленных заболеваний.

Харьковская область занимает лидирующее место в стране по степени выраженности техногенного воздействия на окружающую среду. В связи с глубокими изменениями среды обитания человека возникла проблема экологической патологии как следствия воздействия физических, химических и биологических факторов. Большая часть неблагоприятных факторов антропогенного происхождения. Из них наиболее опасны вещества промышленного происхождения. Наиболее высокие уровни загрязнения в окружающей среде обусловлены предприятиями таких отраслей промышленности как химическая, теплоэлектроэнергетика, металлургия и машиностроение.

Характерной особенностью научно-технического процесса является увеличение объема общественного производства. В связи с не безупречностью технологических

процессов неизбежно негативное воздействие промышленности на окружающую среду. Главными составляющими отрицательного воздействия на среду обитания человека в промышленных регионах являются вредные выбросы и отходы производства, которые активно влияют на экологию человека. В первую очередь это относится к составу атмосферного воздуха, воды и почвы, а через их загрязнение, опосредованно влияет на здоровье населения.

Для регионов с высоким промышленным потенциалом решение экологических проблем является неотложной задачей общегосударственного уровня. Концентрация промышленных предприятий в индустриальных городах неизбежно приводит к ухудшению качества природной среды, особенно атмосферного воздуха. Загрязнение окружающей среды влияет на здоровье человека (в первую очередь жителей из групп риска – детей, беременных женщин, больных), состояние растительного покрова, климат и др. Темпы загрязнения биосферы увеличиваются пропорционально количеству используемого сырья и топлива, которое ежегодно увеличивается.

В настоящее время известно более 150 наиболее распространенных веществ, которые выбрасываются в больших количествах и загрязняют атмосферу. Кроме того, в

результате реакции токсических веществ между собой под действием солнечного света и в процессе окисления, восстановления, конденсации и др. в атмосфере образуются новые примеси, которые оказывают более токсичное воздействие на организм, чем отдельные компоненты [1].

Харьковщина является одним из главных индустриальных районов Украины, в котором насчитывается несколько тысяч предприятий металлургической и химической промышленности, тяжелого машиностроения, строительной отрасли, а также агропромышленного комплекса, на которые приходится большая часть выбросов загрязняющих веществ. При этом в атмосферу выбрасываются десятки наименований вредных веществ, основными из которых являются: окись углерода, сернистый ангидрид, сероводород, окислы азота, фтористый водород, фенол, бензол, бенз(а)пирен и др.

Уровень загрязнения атмосферы зависит от многих факторов: объема, высоты и температуры выбросов, химической структуры загрязняющих веществ, метеорологических условий, рельефа местности и т.д. Выявлению закономерностей загрязнения воздуха посвящены многие научные исследования. В то же время, влияние объемов производства крупных предприятий металлургии и машиностроения, коксохимии и химической промышленности на загрязнение атмосферного воздуха в городе с высокой плотностью жилой и промышленной застройки исследовано недостаточно.

Все эти факторы являются причиной возникновения многих заболеваний у населения. Одним из которых является заболеваемость органов дыхания и, в частности, туберкулез.

Туберкулез в настоящее время является актуальной медико-социальной проблемой не только в Украине, но и во всем мире. Согласно мировой статистике, ежегодно во всем мире от туберкулеза умирает около 2 млн. человек. Ситуация по туберкулезу в Украине остается сложной – начиная с 1995 г. зарегистрирована эпидемия туберкулеза [3].

По статистическим данным, заболеваемость в Украине в 2011 г. составила 67,2 на 100 тыс. населения, в Харькове и Харь-

ковской области – 52,7 на 100 тыс. населения. Количество рецидивов туберкулеза в Харьковской области составило в 2011 г. 8,8 на 100 тыс. населения, в 2010 г. – 9,7 на 100 тыс. населения (в 2011 г. снизилось на 1,6% по сравнению с 2010 г.).

Рецидив туберкулеза может быть зарегистрирован у больного, который успешно окончил полный курс антимикобактериальной терапии и считался излеченным, или закончил основной курс лечения с результатом «лечение завершено» и у него повторно определяется активный туберкулезный процесс. Рецидив туберкулеза может быть с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ+), без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ-), с деструкцией легочной ткани (дестр+) или без нее (дестр-) [3,4].

Рецидивы туберкулеза органов дыхания протекают значительно тяжелее, чаще переходят в хроническое течение и приводят к более высокой смертности по сравнению с впервые выявленным процессом [6]. Лечение таких пациентов оказывается более длительным, дорогостоящим и менее эффективным [5]. Приверженность больных данной категории к лечению низкая, т.к. курс терапии в стационаре требует снова надолго покинуть семью, дом, работу. Поэтому многие пациенты, не выделяющие МБТ, т.е. не представляющие эпидемиологическую опасность для окружающих, предпочитают получать лечение в условиях дневного стационара.

Цель работы. Анализ эффективности лечения больных с рецидивом туберкулеза в условиях дневного стационара.

Материалы и методы. С момента организации дневного стационара на базе ОКПТД №7 г. Харькова с сентября 2009 г. по январь 2012 г. мы наблюдали 40 пациентов с диагнозом «рецидив туберкулеза» (РТБ). Среди пациентов было 9 женщин и 31 мужчина. Средний возраст составил 45,6 лет: 9 человек (22,5%) в возрасте от 18 до 30 лет, 5 человек (12,5%) – от 30 до 40 лет, 8 человек (20%) – 40-50 лет и 18 человек (45%) – старше 50 лет. По социальному составу преобладали неработающие – 23 человека, из них 4 пенсионера и 4 инвалида II-III группы, служащие – 11 человек, из них 4 медработника (2 человека – сотрудники общей лечебной сети, 1 – санитар бюро судебно-меди-

цинской экспертизы и 1 – врач-фтизиатр) и 1 – сотрудник пенитенциарного учреждения, рабочие – 5 и 1 – учащийся.

7 человек обратились за медицинской помощью самостоятельно, 33 были выявлены при очередном рентгенологическом обследовании в противотуберкулезном диспансере (ПТД). По клиническим формам преобладал рецидив в виде инфильтративного туберкулеза – у 37 пациентов (92,5%), у 2 – очагового (5%), у 1 – сочетание инфильтративного туберкулеза и экссудативного плеврита (2,5%) [2].

У 30% пациентов (12 человек) изменения были обнаружены в верхней доле правого легкого, у 17,5% (7 чел) – в правом легком, у 17,5% (7 чел) – в обоих легких, у 12,5% (5 чел) – в верхних долях легких, у 7,5% (3 чел) – в верхней доле левого легкого, у 7,5% (3 чел) – в левом легком, у 2,5% (1 чел) – туберкулез бронхов [4,7].

У 10 пациентов были диагностированы сопутствующие заболевания, у двоих – беременность (табл. 1).

Таблица 1. Сопутствующие диагнозы.

Диагноз	абс	%
сахарный диабет	2	16,6
хронический вирусный гепатит	2	16,6
ахалазия пищевода	1	8,3
ВИЧ-инфекция	2	16,6
гипофизарный нанизм	1	8,3
катаракта	2	16,6
беременность	2	16,6
Всего	12	100

У 7 пациентов (17,5%) из всей группы в прошлом применялось хирургическое лечение по поводу туберкулеза легких: у 4 человек была проведена резекция 2 сегментов, у 3 – одного.

В среднем рецидив туберкулеза у данных пациентов наступил через 7 лет после впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ).

У 2 больных (5%) при поступлении определялась деструкция легочной ткани. У всех пациентов бактериоскопически микобактерии в мокроте перед началом лечения обнаружены не были.

17 человек (42,5%) при поступлении предъявляли жалобы, 7 из них (17,5%) – активно, 10 (25%) – при тщательном расспросе (табл. 2)

Таблица 2.

Жалобы	абс.	%
Кашель	14	35
Слабость	10	25
Одышка	8	20
Отделение мокроты	8	20
Повышение температуры тела (субфебрилитет)	5	12,5
Боль на стороне поражения	1	2,5

У остальных пациентов жалоб при поступлении не было, проявлений интоксикационного синдрома не установлено.

Результаты и их обсуждение. Всем больным в условиях дневного стационара проводилось детальное обследование с помощью клинично-рентгенологических и лабораторных методов. Применялись как обязательные (рентгенологическое исследование, многократное исследование мокроты на микобактерии туберкулёза (МБТ), общий анализ крови и мочи), так и дополнительные и факультативные методы (проба Манту с 2 ТЕ, расширенная бактериологическая диагностика, углубленное рентгенологическое исследование, бронхоскопия).

Все пациенты получали лечение согласно приказов МЗ Украины по категории 2 [3,4]. В интенсивную фазу 35 пациентов получали: изониазид (H), рифампицин (R), пипразинамид (Z), этамбутол (E) – по 90 доз и стрептомицин (S) – 60 доз. Пятерым больным проводилось лечение по индивидуализированной схеме в связи с наличием противопоказаний и/или появлением побочных действий – в схему был включен препарат фторхинолонового ряда.

Во время лечения у 3 пациентов (7,5%) наблюдались побочные действия: у 2 (5%) – после инъекций стрептомицина появилась аллергическая реакция в виде кожных высыпаний, у 1 (2,5%) – неприятный привкус во рту после приема этамбутола. Данные препараты были отменены, к лечению был присоединен препарат фторхинолонового ряда (левофлоксацин). Двум больным (5%) с патологией органа зрения этамбутол не назначался.

В результате лечения в дневном стационаре у 36 (90%) пациентов наблюдалась положительная рентгенологическая динами-

ка в виде частичного рассасывания, уменьшения размеров инфильтрации и уплотнения очаговых теней, у всех больных с деструкцией легочной ткани (2 человека) полости распада закрылись. У пациентов, предъявлявших жалобы при поступлении, значительно уменьшился кашель, прекратилось отделение мокроты, нормализовалась температура тела. У больной с сочетанием инфильтративного туберкулеза и плеврита уменьшилась боль на стороне поражения.

По окончании интенсивной фазы лечения терапия была продолжена в условиях санатория либо амбулаторно.

У 3 пациентов (7,5%) результаты лечения не анализировались: 2 больных выписаны за нарушение режима, 1 больная – из-за наступившей беременности.

В связи с торпидным течением туберкулеза, наличием сопутствующей патологии (ахалазия пищевода, что снижает эффективность лечения путем приема противотуберкулезных препаратов per os) одна больная (2,5%) была переведена в обычный стационар для продолжения лечения.

Лечение в условиях дневного стационара является одним из важных этапов длительной химиотерапии больных туберкулезом. Учитывая современные социально-экономические условия, госпитализация всех больных туберкулезом легких мало осуществима и нецелесообразна. Проведение успешного амбулаторного лечения больных с рецидивом туберкулеза легких в условиях дневного стационара возможно при выявлении малых форм туберкулеза без бактериовыделения и распада, при отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний, а также при строгом контроле основного курса лечения.

Выводы

1. Больные туберкулезом, эпидемиологически не опасные, т.е. не выделяющие МБТ в окружающую среду, могут получать лечение в условиях дневного стационара.
2. Большинство пациентов дневного стационара – социально благополучные, работающие, имеющие семью. Данный контингент пациентов более дисциплинированный в приеме противотуберкулезных препаратов.
3. Пребывание в условиях дневного стационара во время интенсивной фазы увеличивает приверженность больных к лечению.

4. Организация дневных стационаров на базе ОПТД для лечения больных малыми формами туберкулеза целесообразна и обеспечивает эффективную химиотерапию больных с рецидивом туберкулеза легких без бактериовыделения, тяжелых сопутствующих заболеваний и устойчивости МБТ при строгом контроле основного курса лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние загрязнений воздуха на растительность /Под ред. Х.Г. Десслера. –М.: Лесная промышленность, –1981. –184 с.
2. Потейко П.И. Компьютерная томография легких в диагностике туберкулеза органов дыхания /[П.И. Потейко, В.С. Крутько, О.С. Шевченко и др.]. –Х: Вировец А.П. «Апостроф». –Харьков, –2011. –162 с.
3. Наказ МОЗ України №384 від 09.06.2006 «Про затвердження Протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
4. Наказ МОЗ України №385 від 09.06.2006 «Про затвердження Інструкцій надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».
5. Рукосуева О.В. Клинические и микробиологические особенности рецидивов туберкулеза органов дыхания /О.В. Рукосуева, И.А. Васильева, В.А. Пузанов, О.А. Медведева, Н.И. Катулина, Н.Я. Яшенкова //Проблемы туберкулёза. –2008. –№10. –С. 28-31.
6. Рукосуева О.В. Эффективность лечения больных с рецидивами туберкулёза лёгких /О.В. Рукосуева, И.А. Васильева, В.А. Пузанов, В.А. Козлов /Материалы научно-практической конференции молодых учёных, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулёзом «Новые технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулёза взрослых и детей» ЦНИИТ РАМН. –М., –2009. –С. 77-78.
7. Туберкулез. Руководство для врачей. /Под ред. А.Г. Хоменко. –М.: Медицина, –1996. –496 с.

ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНОГО СТАНУ НА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕЦИДИВОМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ

*Потейко П.І., Крутько В.С., Попов О.І., Лебідь Л.В., Корженевський С.В.,
Сокол Т.В., Ляшенко О.О., Рогожин А.В., Константиновська О.С.,
Сьома Н.П., Бойко Л.Т., Ходаковська В.О., Семко Н.Г.*

Проаналізовано ефективність лікування 40 хворих на рецидив туберкульозу легень, яким проводилась протитуберкульозна терапія (інтенсивна фаза) в умовах денного стаціонару. Визначено, що успішне лікування даних пацієнтів можливе при виявленні малих форм туберкульозу без бактеріовиділення і розпаду, при відсутності тяжких супутніх захворювань, а також при суворому контролі основного курсу лікування.

INFLUENCE OF ECOLOGICAL SITUATION ON THE TREATMENT OF PATIENTS WITH RELAPSE OF TUBERCULOSIS IN THE CONDITIONS OF A DAY HOSPITAL

*P.I. Poteiko, V.S. Krutko, O.I. Popov, L.V. Lebed, S.V. Korzhenevskiy,
T.V. Sokol, A.A. Liashenko, A.V. Rogozhin, O.S. Konstantinovskaya,
N.P. Syoma, L.T. Boyko, V.A. Khodakovskaj, N.G. Semko*

The analysis of efficiency of treatment of 40 patients with relapse of the pulmonary tuberculosis is carried out. Antitubercular therapy (an intensive phase) was spent in the conditions of a day hospital. It is defined, that successful treatment of these patients is possible at revealing of small forms of tuberculosis, without M. tuberculosis in sputum, without cavities, serious accompanying diseases, and also at strict controlling of a basic course of treatment.