



Л.А. Суханова

Харьковская медицинская академия последипломного образования
МЗ Украины

Исходы туберкулеза органов дыхания в сочетании с дисплазией соединительной ткани

Цель работы — оценить исходы туберкулеза органов дыхания в зависимости от наличия дисплазии соединительной ткани через 5 лет после излечения.

Материалы и методы. Изучены исходы туберкулеза органов дыхания у 255 человек, из них 65,1 % с фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Результаты и обсуждение. После перенесенного туберкулеза органов дыхания у 33,7 % больных с ДСТ были выявлены большие остаточные изменения, из пациентов без ДСТ — у 19,1 %. У 10,2 % лиц с ДСТ была выявлена резистентность, у 16,2 % — неудача в лечении, у 9 % — рецидивы, умерли 4,7 %, тогда как только у 2,2 % пациентов без ДСТ отмечалась резистентность.

Выводы. Неблагоприятное течение процесса наблюдалось у 40,2 % пациентов с ДСТ и у 2 % — без нее.

Ключевые слова

Туберкулез органов дыхания, дисплазия соединительной ткани.

Ситуация по туберкулезу остается напряженной.

Заболеемость туберкулезом с 1995 по 2014 г. выросла на 42,69 %.

Заболеемость деструктивным туберкулезом за 1990–2013 гг. увеличилась в 2,25 раза и достигла 25,4 на 100 тыс. населения. Удельный вес бактериовыделителей среди впервые выявленных больных туберкулезом легких за 2006–2013 гг. вырос на 25,1 %, заболеемость контактных лиц за 2004–2013 гг. — на 11,76 %, или до 5,7 на 1000 контактных [10].

Несмотря на значительное снижение заболеемости туберкулезом и смертности от него, по сравнению с 1990 г. показатели еще остаются довольно высокими (8,6 млн случаев заболеевания туберкулезом и 1,3 млн смертей от него). Из 6 регионов ВОЗ лишь в Северной и Южной Америке, а также в Западном тихоокеанском регионе уже достигнута поставленная цель — искоренения эпидемии туберкулеза, а в Африке

и Европе так и не удалось достичь намеченной до 2005 г. цели [9].

В 2013 г. в Украине заболеемость туберкулезом составила 67,9 на 100 тыс. населения, что на 19,3 % меньше по сравнению с 2005 г. (пик эпидемии), а уровень смертности снизился за этот период на 44,1 % (с 25,3 в 2005 г. до 14,1 на 100 тыс. населения в 2013 г.) [10].

Но эпидемию туберкулеза еще продолжают регистрировать. Увеличивается количество лиц с резистентным туберкулезом и с ВИЧ-инфекцией, медленно снижаются показатели смертности [11, 12].

Туберкулез характеризуется разнообразием патофизиологических изменений и клинических проявлений, что выражается разными формами заболеевания, характером течения и исходов [4, 5].

На течение и исходы туберкулеза влияют многие факторы, в том числе и состояние соединительной ткани.

В настоящее время появилось много информации о влиянии дисплазии соединительной ткани на состояние организма.

Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) — это нарушение ее развития в эмбриональный и постнатальный периоды вследствие генетически измененного матрикса, которое приводит к нарушению гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях [8].

Основные функции соединительной ткани многочисленны: метаболическая, иммунная, защитная, репаративная, опорная [4].

Разнообразие и сложность функций соединительной ткани определяют активное участие ее в развитии многих видов патологии [1, 3, 6].

Различают дифференцированную и недифференцированную ДСТ [3, 7, 8].

Дифференцированные ДСТ характеризуются своеобразным типом наследования, четкой клинической картиной, определенными генными и биохимическими дефектами. В данной группе наиболее часто наблюдаются синдромы Элерса—Данлоса, Марфана, Стиклера, несовершенного остеогенеза [6—8].

Недифференцированные ДСТ, в отличие от дифференцированных, изучены мало, а распространены в популяции довольно широко — до 64 % [2, 7].

Они наблюдаются во многих органах, причем у некоторых людей значительно проявляются в каком-либо одном органе, создавая условия для развития в нем патологии, что может привести к инвалидизации [3].

Актуальность исследования ДСТ определяется увеличением ее распространенности, медико-социальными проблемами, связанными с полиорганностью поражения, тяжелой сочетанной патологией [5].

Цель работы — оценить исходы перенесенного туберкулеза органов дыхания в сочетании с ДСТ и без нее через 5 лет после клинического излечения.

Материалы и методы

Проведено обследование 255 больных активным туберкулезом органов дыхания. Из них 87 (32,9 %) женщин и 168 (67 %) мужчин. Возраст больных — от 18 до 70 лет, средний возраст — $(35 \pm 14,5)$ года. По клиническим формам туберкулеза пациентов распределяли следующим образом: с инфильтративным туберкулезом — 205 (79,4 %), с очаговым — 28 (11,2 %), с экссудативным плевритом — 17 (7,0 %), с диссеминированным туберкулезом — 4 (1,8 %), с казеозной пневмонией — 1 (0,5 %).

Фенотипическую оценку проводили в соответствии с классификацией Т. Милковской-Димитровой и Д. Каркашева (1987).

Диагноз системной дисплазии соединительной ткани (СДСТ) ставили на основании нали-

чия главных фенотипических признаков ДСТ (сколиотическая деформация позвоночника в сочетании с деформацией грудины, готическое небо, плоскостопие, длинные тонкие пальцы рук, повышенная растяжимость кожи, врожденная патология глаз) и второстепенных (аномалии ушных раковин, зубов, птеригодактилия, приходящие боли в суставах, переразгибание в суставах).

Больные были разделены на две группы: I (основную) составили 166 (65,1 %) пациентов с двумя и более главными фенотипическими признаками ДСТ, во II (сравнения) вошли 89 (34,9 %) лиц без главных фенотипических признаков ДСТ.

В дальнейшем больные основной группы были разделены на две подгруппы в зависимости от количества главных фенотипических признаков ДСТ: пациенты с 3—4 главными фенотипическими признаками ДСТ вошли в Ia подгруппу — 95 (37,3 %), с 2 главными фенотипическими признаками ДСТ составили 16 подгруппу — 71 (27,8 %) человек.

Результаты и обсуждение

Установлена прямая зависимость между наличием ДСП, ее степенью и обширностью поражения, деструкцией и бактериовыделением. У больных туберкулезом органов дыхания ДСТ выявляли в 65,1 % случаев на основе ее фенотипических признаков.

Выявлено, что у больных туберкулезом в сочетании с ДСТ, в отличие от больных туберкулезом без ДСТ, обширное поражение (до 2 сегментов и более) отмечалось в 3,3 раза чаще, ограниченные изменения в паренхиме легкого — в 7,8 раза реже, деструкция легочной ткани — в 2 раза, а бактериовыделение — в 2,5 раза чаще.

Через 5 лет клинического излечения после перенесенного туберкулеза достигнуто у 116 (69,8 %) пациентов I группы и у 89 (100 %) II, т. е. у больных с ДСТ на 30,2 % меньше ($p < 0,05$).

Большие остаточные изменения определялись у 56 (33,7 %) больных I группы и у 17 (19,1 %) II, у лиц основной группы в 1,76 раза больше, чем в группе сравнения.

Большие остаточные изменения определялись у 29 (27,9 %) больных Ia подгруппы и у 27 (25,9 %) Ib, т. е. не зависели от выраженности ДСТ.

Малые ОИТБ отмечались у 60 (36,1 %) пациентов I группы и у 72 (80,9 %) II, т. е. у 2,2 раза реже ($p < 0,01$).

Малые ОИТБ в зависимости от степени ДСТ: в Ia подгруппе — у 27 (25,9 %), во Ib — у 33 (31,7 %) человек, т. е. также не зависели от выраженности ДСТ.

Резистентність отмечалась у 17 (10,2 %) больных основной группы и у 2 (2,2 %) — сравнения, т. е. в 5 раз больше при ДСТ.

Резистентность в Ia подгруппе отмечалась у 10 (6 %) больных, а в Ib — у 7 (4,2 %), т. е. не зависела от степени выраженности ДСТ.

Неудача в лечении отмечалась у 27 (16,2 %) пациентов основной группы, в группе сравнения таких больных не было ($p < 0,05$).

Рецидивы наблюдались у 15 (9 %) больных основной группы, у пациентов группы сравнения они не определялись ($p < 0,05$).

Рецидивы отмечены у 13 (7,8 %) больных Ia подгруппы (с наиболее выраженной степенью ДСТ) и у 2 (1,2 %) с Ib, т. е. в Ia группе в 6,5 раза чаще. Таким образом, количество рецидивов зависело от степени выраженности ДСТ.

Умершие были только в I группе — 8 (4,7 %) человек, все они из Ia подгруппы. Таким образом, только у больных основной группы с выраженными проявлениями ДСТ в 40,2 % случаев отмечалось неблагоприятное течение туберкулезного процесса в виде рецидивов, неэффек-

тивности лечения, резистентности и были умершие. А в группе сравнения только у 2,2 % больных были рецидивы.

Выводы

1. Признаки ДСТ выявлены у 65,1 % больных туберкулезом органов дыхания.

2. У 33,7 % больных с главными фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани процесс заканчивался большими остаточными изменениями в 1,76 раза чаще, чем у больных без такой патологии.

3. У пациентов с главными фенотипическими признаками дисплазии большие и малые остаточные изменения были в равном соотношении, а у лиц без главных фенотипических признаков дисплазии большие остаточные изменения отмечались в 4 раза реже, чем малые.

4. У 40,2 % больных основной группы с выраженной степенью дисплазии отмечалось неблагоприятное течение туберкулезного процесса в виде рецидивов, неудачи в лечении, резистентности и случаев смерти.

Список литературы

1. Абакумова Л.Н. Клинические формы дисплазии соединительной ткани у детей.— СПб, 2006.— 36 с.
2. Баклунов В.В. Клініко-імунологічні особливості рецидивуючого бронхіту у дітей з сітчастою дисплазією сполучної тканини): автореф. дис. ...канд. мед. наук.— Харків, 2007.— 21 с.
3. Василенко Г.П. Диспластикозависимые изменения органов дыхания // Медицина и образование Сибири.— 2010.— № 3.— С. 21—22.
4. Ерохин В.В. Клиническая биология легких в норме и при патологии / Под ред. В.В. Ерохина, Л.К. Романовой.— М., 2000.— С. 209—221.
5. Ерохин В.В. О некоторых механизмах патогенеза туберкулеза // Туберкулез и болезни легких.— 2009.— № 11.— С. 3—8.
6. Клеменов А.В. Недифференцированная дисплазия соединительной ткани.— М.: Информатех, 2006.— 120 с.
7. Марушко Ю.В. Синдром дисплазии соединительной ткани у детей // Совр. педиатр.— 2005.— № 4.— С. 167—171.
8. Омельченко Л.И., Николаенко В.Б. Дисплазия соединительной ткани у детей // Doctor.— 2004.— № 1.— С. 44—47.
9. Петренко В.І. До міжнародного дня боротьби з туберкульозом: «Охопити три мільйони: виявити, лікувати, вилікувати туберкульоз» //Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2014.— № 1 (16).— С. 3—6.
10. Петренко В.І., Прошок Р.Г. Проблема туберкульозу в Україні // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція.— 2015.— № 2 (21).— С. 3—5.
11. Фещенко Ю.І., Черенько С.О., Барбова А.І. Туберкульоз із розширеною резистентністю: епідеміологічні аспекти, проблеми діагностики і лікування // Укр. пульмонолог. журн.— 2013.— № 3.— С. 31—33.
12. Фещенко Ю.І., Мельник В.М., Турченко Л.В. Концепція реформування протитуберкульозної служби і оптимізації протитуберкульозних заходів в Україні (проект) // Укр. пульмонолог. журн.— 2015.— № 1.— С. 5—9.

Л.А. Суханова

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Результати туберкульозу органів дихання в поєднанні з дисплазією сполучної тканини

Мета роботи — оцінити результати туберкульозу органів дихання залежно від наявності дисплазії сполучної тканини через 5 років після лікування.

Матеріали та методи. Вивчено результати туберкульозу органів дихання у 255 осіб, з них 65,1 % з фенотипічними ознаками дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Результати та обговорення. Після перенесеного туберкульозу органів дихання у 33,7 % хворих з ДСТ були виявлені великі залишкові зміни, з пацієнтів без ДСТ — у 19,1 %. У 10,2 % осіб з ДСТ

було виявлено резистентність, у 16,2 % — невдачу в лікуванні, у 9 % — рецидиви, померли 4,7 %, тоді як тільки у 2,2 % пацієнтів без ДСТ відзначалася резистентність.

Висновки. Несприятливий перебіг процесу спостерігався у 40,2 % пацієнтів з ДСТ і у 2 % — без неї.

Ключові слова: туберкульоз органів дихання, дисплазія сполучної тканини.

L.A. Sykhanova

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education Ukraine, Kharkiv, Ukraine

Results of pulmonary tuberculosis combined with connective tissue dysplasia

Objective – to evaluate the results of pulmonary tuberculosis depending on the availability of tissue dysplasia 5 years after treatment.

Materials and methods. The results of pulmonary tuberculosis in 255 people were studied, including 65.1 % of phenotypic signs of connective tissue dysplasia.

Results and discussion. After suffering a pulmonary tuberculosis in 33.7 % of patients with CTD were found large residual changes, in patients without CTD – at 19.1 %. In 10.2 % of people with CTD was detected resistance in 16.2 % – a failure of treatment, 9 % – recurrences, 4.7 % of them died, while only 2.2 % of patients without CTD marked resistance.

Conclusions. Unfavorable course of the process observed in 40.2 % of patients with CTD and 2 % – without CTD.

Key words: respiratory tuberculosis, connective tissue dysplasia.

Контактна інформація:

Суханова Лідія Анатоліївна, д. мед. н., проф. кафедри дитячої фізотерапії і пульмонології
61176, м. Харків, вул. Корчагинців, 58
Тел. (097) 818-92-15
E-mail: sla2011@i.ua

Стаття надійшла до редакції 14 березня 2016 р.