

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616-002.5-071:614.23(575.2)

Кадыров Абдуллаат Саматович
главный научный сотрудник
д.м.н.
Национальный центр фтизиатрии
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 91а
e-mail: abdylat.kadyrov@gmail.com

Абдылаева Гулайым Мурзаевна
заведующая амбулаторно-диагностического отделения
Национальный центр фтизиатрии
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 91а
e-mail: abdylaeva69@mail.ru

Кадыров Медер Абдуллаатович
врач – уролог
Национальный центр фтизиатрии
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 91а

Кудайбердиев Туратбек Халмаатович
научный сотрудник
Национальный центр фтизиатрии
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 91а
e-mail: turatbekk@inbox.ru

Клинические проявления туберкулеза у работников медицинских организаций

Аннотация. В статье представлены клинические проявления туберкулеза у работников медицинских учреждений. Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что клиническое проявление туберкулеза тесно связано с анатомо-функциональными изменениями, локализацией и тяжести патологического процесса. У больных туберкулезом взрослого населения клинические проявления туберкулеза были более выраженными, так как при анализе структуры клинических форм туберкулеза чаще выявлены тяжелые, распространенные формы туберкулеза как: кавернозный, фиброзно-кавернозный, диссеминированный, инфильтративный и туберкулез ЦНС, а среди медицинских работников вышеуказанные запущенные, распространенные формы туберкулеза не встречались, в основном были диагностированы ограниченные по протяженности поражения формы туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез у медицинских работников и взрослого населения, клинические проявления.

Кадыров Абдуллаат Саматович,
Абдылаева Гулайым Мурзаевна,
Кадыров Медер Абдуллаатович,
Кудайбердиев Туратбек Халмаатович

Медициналык мекемелердин кызматкерлеринин кургак учугунун клиникалык корунуштору

Аннотация. Макалада саламаттык сактоо кызматкерлеринин кургак учугунун клиникалык корунуштору корсотулгон. Биз жургузгон изилдоолор кургак учуктун клиникалык корунуштору аныкталып, алар анатомо-функционалдык озгоруулор, кургак учуктун жайгашышы жана оордугу менен тыгыз байланыштуу. Бойго жеткен калктын арасында кургак учуктун клиникалык корунуштору озунун ото татаалдыгын корсотту, себеби кургак учуктун клиникалык турлорунун тузулушун талдоо учурунда алрдын арасында ото оор, жайылган кургак учуктун турлору: каверналык, фиброздуу каверналык, диссеминалиштирилген, инфилтративдик жана борбордук нерв системасынын кургак учуктары коп кездешет. Медицина кызматкерлеринин арасында оор турдогу кургак учук турлору кездешпейт, алардын арасында жалпысынан кургак учуктун женил турлору аныкталган.

Ачык сөздөр: саламаттыкты сактоо кызматкерлеринин жана бойго жеткен калктын кургак учугу, клиникалык көрүнүштөрү.

Kadyrov Abdullaat S., Abdylaeva Gulayym M.,
Kadyrov Meder A., Kudaiberdiev Turatbek H.

Clinical manifestations of tuberculosis in workers of medical organizations

Annotation. The article presents the clinical manifestations of tuberculosis in employees of medical institutions. Our studies indicate that the clinical manifestations of tuberculosis are closely related to the anatomical and functional changes and localization of the pathological process. In adult tuberculosis patients, the clinical manifestations of tuberculosis were more pronounced, since analysis of the structure of clinical forms of tuberculosis revealed more often severe, common forms of tuberculosis such as cavernous, fibrous-cavernous, disseminated, infiltrative, and central nervous system tuberculosis, and among medical workers the neglected, common no forms of tuberculosis were encountered, mainly tuberculosis forms limited in extent of the lesion were diagnosed.

Key words: tuberculosis in medical workers and adults, clinical manifestations.

Введение. Туберкулез в Кыргызской Республике (КР) за последнее десятилетие продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны. Средний уровень заболеваемости туберкулезом населения КР в 2008–2017 годах составил 106,3 на 100 тыс. населения [2].

Несмотря на достижения современной медицины, внедрение новых лечебно-диагностических технологий, высокоэффективных антибактериальных и дезинфекционных средств, работники медицинских организаций (РМО) являются контингентами высокого риска заражения туберкулезом [3,4].

Исследования последних лет показали, что медицинские работники специализированных противотуберкулезных учреждений, патологоанатомического бюро и судебно-медицинской экспертизы, центра психического здоровья подвергаются высокому риску заражения и развития туберкулеза органов дыхания. Медицинские работники по роду своей профессиональной деятельности - не только один из наиболее уязвимых контингентов в плане развития туберкулеза, но они также представляют и эпидемиологическую опасность для своих пациентов и коллег в случае заболевания туберкулезом [1, 5].

Цель исследования: изучить клинического проявления туберкулеза у работников медицинских организации Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования. С целью изучения клинического проявления туберкулеза у работников медицинских организаций Кыргызской Республики рассмотрены карты эпидемиологического расследования случаев заболевания туберкулезом и историй болезней работников медицинских учреждений, заболевших туберкулезом. Клинические проявления туберкулеза проанализированы на материалах 394 пациентов туберкулезом среди работников медицинских организаций (основная группа), контрольную группу составили 420 больных туберкулезом, среди взрослого населения. На всех пациентов были заполнены карты, отражающие историю выявления, диагностики туберкулеза по данным медицинской документации и опроса самих больных. Заболеваемость туберкулезом работников медицинских учреждений проанализирована по всем учреждениям общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений. Для установления диагноза туберкулеза использовали клинико-диагностические методы, включающий бактериологическое исследование, данные физикального обследования и результаты лучевого (рентгенографического) обследования органов грудной клетки в прямой и боковой проекция. Компьютерную томографию и ядерно-магнитный резонанс выполняли по показаниям.

Дизайн исследования-ретроспективное и проспективное исследования. Обработка данных осуществлялась стандартными методами статистической обработки.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина туберкулеза тесно связано с анатомо-функциональными изменениями, локализацией и тяжести патологического процесса. Оценивая особенности симптоматики и клинического течения туберкулеза различных органов, следует распределять больных в соответствии с клинико-рентгенологическими формами поражения, так как клиническая симптоматика разных морфологических вариантов болезни существенно различаются. По нашим данным, среди 394 медицинских работников впервые выявленным туберкулезом поражение легких была у 284 (72%) больных, в том числе инфильтративный туберкулез-264, очаговый туберкулез-12 и туберкулома-8, туберкулезный экссудативный плеврит – у 63 (16%), туберкулеза периферических лимфоузлов – у 14 (3,6%), туберкулеза костно-суставной системы – у 27 (6,9%) и туберкулеза мочеполовой системы – у 6(1,5%) больных.

У 420 больных туберкулезом среди взрослого населения доля инфильтративного туберкулеза составила 63% (264), диссеминированного туберкулеза - 8,8% (37), кавернозного туберкулеза – 3% (13), фиброзно-кавернозного туберкулеза – 1%(4), туберкулеза ЦНС – 0,8%(3), туберкулезного плеврита -13,6%(57), туберкулез внутригрудных и периферических л/узлов – 6,1% (26), туберкулез костей и суставов – 3,1% (13) и туберкулез мочеполовой системы – 0,7% (3) т.е. чаще были выявлены тяжелые, распространенные формы туберкулеза.

Клинические проявления туберкулеза в сравниваемых группах отличалась от зависимости от тяжести туберкулезного процесса в разных органах. Среди больных туберкулезом работников медицинских организаций начало болезни было бессимптомное - у 33,2% (131), малосимптомное – у 3,5% (14), подострое – у 64,4% (238) и острое – у 2,8% (11) случаях (рис.1). У больных контрольной группы начало болезни было бессимптомное 1,7% (7), подострое в 89,0% (374) и острое – 9,3% (39) случаях.

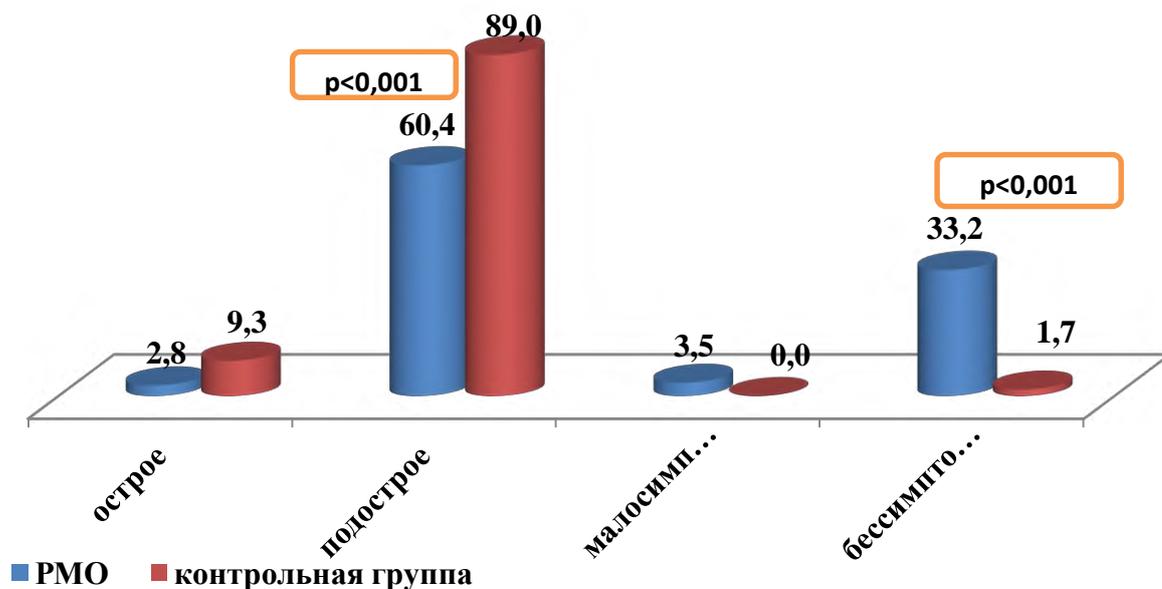


Рис. 1 Начало болезни у больных туберкулезом в сравниваемых группах, %

В таблице №1 представлено распределение симптомов интоксикации у больных туберкулезом в сравниваемых группах.

Таблица 1
Распределение симптомов интоксикации у больных туберкулезом в сравниваемых группах

Симптомы интоксикации	основная группа		контрольная группа		P
	абс	%	абс	%	
кашель с мокротой	183	46,4	392	93,3	>0,05
кровохарканье	20	5,0	31	7,4	>0,05
одышка	94	24,6	224	53,3	>0,05
боли в грудной клетке	69	17,5	157	37,4	>0,05
боли в костях, суставах	25	6,4	7	1,6	<0,05
боли в животе	9	2,3	0	0,0	-
головные боли	4	1,0	0	0,0	-
повышение темп. тела:	158	40,1	375	89,2	>0,05
субфебрильная	142	36,0	228	54,2	<0,05
фебрильная	16	4,1	147	35,0	<0,05

Кашель с выделением мокроты реже наблюдался в основной группе по сравнению контрольной группой – (183(46,4%) и 392 (93,3%), $p > 0,05$), кровохарканье (20 (5,0%) и 31 (7,4%), ($p > 0,05$) соответственно.

Одышка встречалась среди пациентов основной группы в 2,2 раза реже (94 (24,6%) и 224 (53,3%), $p > 0,05$).

Боли в грудной клетке в контрольной группе беспокоили 157 (37,4%) больных, в костях и суставах, а также в пояснице – у 7 (1,6%), а в основной группе боли в груди – 69 (17,5%), в костно-суставной системе – 25 (6,4%), в животе – 9 (2,3%) и в голове – 4 (0,9%) больных.

Повышение температуры тела в основной группе встречалось в 2,2 раза (158 (40,1%) против 375 (89,2%), $p < 0,001$) реже чем у больных контрольной группы.

Различные изменения в периферической крови обнаружены у 90,4% пациентов основной группы и у всех больных контрольной группы. Анемия, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влева, снижение количество лимфоцитов и увеличение СОЭ выявлено у 2,5%(10), 28,8%(111), 7,1%(28) и 81,2%(320) больных туберкулезом основной группы и 5%(21), 65,9%(277), 36,7%(154) и 100%(420) случаев у пациентов контрольной группы. Установлено, что среди больных туберкулезом взрослого населения изменения в периферической крови, свидетельствующие о тяжести процесса, наблюдались чаще по сравнению с данными больных туберкулезом работников медицинской организаций.

Распределение больных по степени специфической интоксикации и симптомов заболевания представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных по степени выраженности симптомов интоксикации у РМО и контрольной группы.

Выраженности специфической интоксикации и симптомов заболевания.	Сравниваемые группы			
	РМО n=394		Контрольная группа n=420	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Отсутствие симптомов	102	26,0	59	14,0
Умеренно выраженные	210	53,0	239	57,0
Выраженные	82	21,0	122	29,0

Как видно в таблице 2 на основании жалоб и объективного состояния 394 медицинских работников больных туберкулезом различных локализации выраженные проявления специфической интоксикации и симптомов заболевания были у 82 (21%) больных, умеренно выраженные – 210 (53%), отсутствовали – 102 (26%) больных, а в контрольной группе (взрослого население) выраженным проявлением специфической интоксикации и симптомов заболевания были у 122 (29%) больных, умеренно выраженное – 239 (57%), отсутствовали – 59 (14%). К выраженным явлениям интоксикации мы относили повышенные температуры тела до фебрильной, изменения в гемограмме: лейкоцитоз свыше $9,0 \times 10^9$ г/л, лимфопению, ускорение СОЭ более 30 мм/час, анемию. Большинство этих больных туберкулезом легких жаловались на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, у больных выслушивалась аускультативно катаральные явления в легких. Пациенты с туберкулезом мочеполовой системы предъявляли жалобы на боли в области поясницы, учащенные, болезненные мочеиспускание, гематурию. При туберкулезе половых органов установлены характерные изменения в яичниках, в предстательной железе и семенных пузырьках (плотная) увеличенная с не ровной бугристой поверхностью, утолщенной чёткообразный семявыносящий проток, и наличие гнойных свищей. Костно-суставной туберкулез, туберкулез периферических лимфоузлов протекают с болями в костях и суставов с поражением мягких тканей, с образованием в них абсцессов и свищей.

Умеренное выраженным явлением интоксикации считали повышением температуры тела до субфебрильных цифр, изменения в гемограмме: число лейкоцитов в пределах нормы или $9,0 \times 10^9$ г/л, СОЭ ускорено до 30 мм/час с соответствующими клиническими проявлениями.

Для снятия специфической интоксикации, связанной с туберкулезными поражениями различных органов, проводилось лечение противотуберкулезными

препаратами с учетом чувствительности штаммов *M. tuberculosis* к противотуберкулёзному препарату I и II рядов.

У больных туберкулезом взрослого населения клинические проявления туберкулеза были более выраженными. При анализе структура клинических форм туберкулеза чаще были выявлены тяжелые формы туберкулеза как: кавернозный, фиброзно-кавернозный, диссеминированный и туберкулез ЦНС, а среди медицинских работников вышеуказанные запущенные формы туберкулеза не встречались, в основном были диагностированы ограниченные по протяженности поражения формы туберкулеза.

В основной группе бактериовыделение имело место 68 (24,8%) больных, а отрицательный результат микроскопии - у 326 больных (75,2%) (рис. 2).

В контрольной группе при микроскопии среди 382 больных легочным туберкулезом бактериовыделение встречалось в 54,2% (207) случаев, возбудители туберкулеза не обнаружены – в 45,8% (175) больных.

Таким образом результаты анализа показали, что больные контрольной группы являются более опасными в эпидемиологическом плане по данным микроскопии мокроты, чем больных туберкулезом работников медицинских организаций ($p < 0,001$).

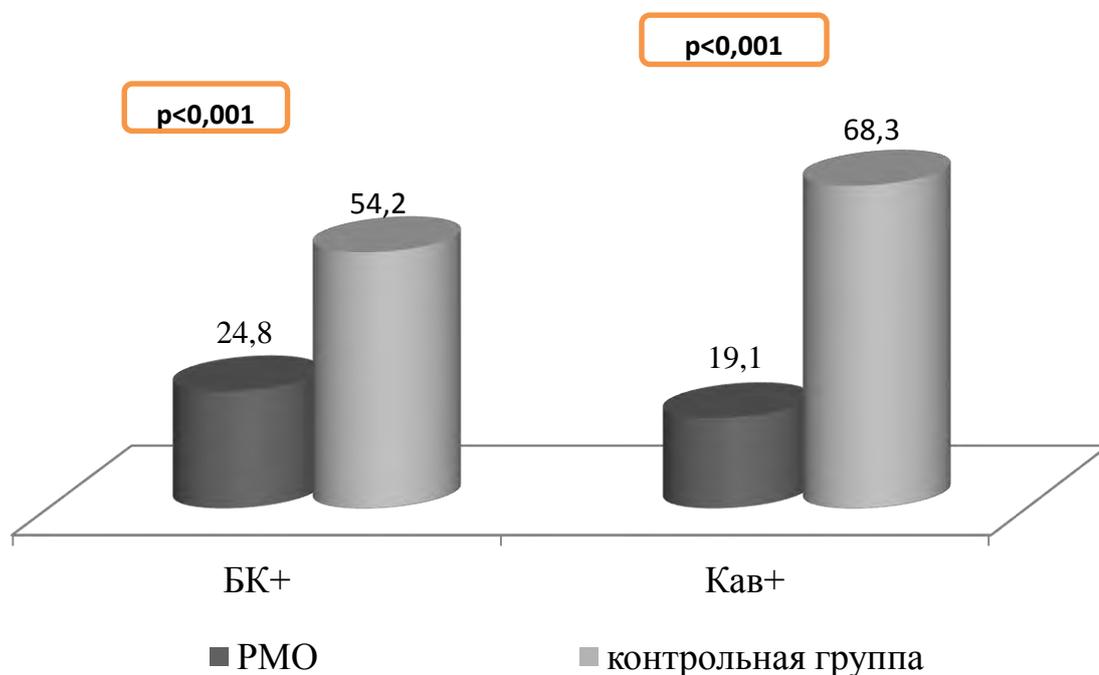


Рис. 2 Удельный вес бактериовыделения и деструктивных изменений в легочной ткани в сравниваемых группах, %

Примечание: BK+ - бактериовыделение, Kav+ - наличие деструктивных изменений

В основной группе деструктивные изменения легочной ткани были выявлены из 282 больных у 54 (19,1%).

В контрольной группе рентгенография органов грудной клетки из 420 больных с легочным туберкулезом деструктивные изменения в легких были диагностированы у 287 (68,3%) больных.

Следовательно, у работников медицинских организаций больных туберкулезом легких полостные изменения отмечались в 3,6 раза реже, чем у больных туберкулезом среди взрослого населения (19,1% против 68,3% ($p < 0,001$)).

Сроки абацциллирования мазка мокроты и закрытие полостей распада больных легочным туберкулезом среди медицинских работников и взрослого населения представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Сроки абацциллирования мазка мокроты и закрытие полостей распада больных легочным туберкулезом среди медицинских работников и взрослого населения.

Заболевшие легочным туберкулезом с (+) мазком мокроты	Всего БК(+) из ЛТБ	Срок сдачи микроскопии мокроты на БК				Закрытие полостей распада	
		Через 2 недели		Через 2 месяца		Через 2 месяца	
		Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Работники медицинских организаций n=284	68	62	91,2	68	100,0	52	95,6
Контрольная группа n= 315	208	117	56,3	192	92,3	141	49,0

Как видно в таблице 3 у медицинских работников легочным туберкулезом через две недели абацциллирование мазка мокроты наступила у 91,2% (62) больных, через два месяца у 100% (68) случаев. Закрытие полостей распада через два месяца у 95,6% (65) больных. У больных контрольной группы абацциллирование мазка мокроты через 2 недели у 56,3% (117) случаев, через два месяца у 92,3% (192) больных. Закрытие полостей распада у 49,0% (102) случаев.

Таким образом, по нашим данным медленное абацциллирование и закрытие полостей распада у больных туберкулезом взрослого населения связано с тем, что в структуре легочного туберкулеза преобладают деструктивные и распространенные формы легочного туберкулеза, чем у больных туберкулезом среди медицинских работников.

Заключение. Проведенные нами исследования свидетельствует о том, что клиническое проявление туберкулеза тесно связано с анатомо-функциональными изменениями, локализацией и тяжести специфического процесса в различных органах.

У больных туберкулезом взрослого населения клинические проявления туберкулеза были более выраженными, так как при анализе структуры клинических форм туберкулеза чаще были выявлены тяжелые, распространенные формы туберкулеза как: кавернозный, фиброзно-кавернозный, диссеминированный, инфильтративный и туберкулез ЦНС, а среди медицинских работников вышеуказанные запущенные, распространенные формы туберкулеза не встречались, в основном были диагностированы ограничение по протяженности поражения формы туберкулеза.

Среди больных легочным туберкулезом работников медицинских учреждений бактериовыделители в 2 раза, деструктивные изменения в легких в 3,6 раза реже выявляются, чем у больных легочным туберкулезом взрослого населения. Медленное абацциллирование и закрытие полостей распада у больных туберкулезом взрослого населения связано с тем, что в структуре легочного туберкулеза преобладают деструктивные, распространенные формы легочного туберкулеза

Список литературы:

1. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А., Диагностика и лечение туберкулеза у работников здравоохранения // Нозокомиальная туберкулезная инфекция: Сб. 1-й Рос. Науч.-практ. Конф. С междунар. Участием. –М.,2001. – 21-22.
2. Истамов К.Б., Гаипов Р.Г., Кадыров А.С., Мамытов М.М. Остеопатическая характеристика при лечении больных деструктивным туберкулезом легких с

- множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. // Туберкулез и болезни легких. -2015. - №3. – С. 22-24.
3. Сацук А.В. Особенности эпидемиологии и профилактики туберкулеза среди работников медицинских учреждений: дис. кан. мед. наук. –М.:2010.
 4. Семина Н.А., Ковалева Е.П., Акимкин В.Г., и др. Профилактика внутрибольничного инфицирования медицинских работников: Практическое руководство. –М., 2006.
 5. Эхте К.А. Влияние социальных факторов на заболеваемость туберкулезом медицинских работников на современном этапе: автореф. дис. канд. мед. наук. - 2000. -23с.