



МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ГИСТОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПАЛОЧКИ

Аскарова Р.И.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

На современном этапе на планете туберкулез является угрозой жизни для миллионов людей. Туберкулёз продолжает угрожать человечеству. В миллионах семьях нарушается покой и своими последствиями туберкулез по-прежнему остается самой актуальной проблемой человечества. Одна треть населения земли, живут с этой болезнью туберкулез и продолжают формироваться новые очаги болезни. В основном страдают лица молодого продуктивного возраста. Туберкулез чаще регистрируется среди у лиц в возрасте 20-50 лет. В связи проживанием нескольких человек в плохих условиях жизни в одной комнате и недоступности медицинского обслуживания среди трудовых мигрантов граждан стран Центральной Азии работающих за рубежом наблюдается рост заболеваемости туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, дети, Хорезмская область, распространенность

MORFOLOGICAL FEATURES AND HISTOLOGY OF TUBERCULE BACILLIUS

Askarova R.I.

Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy

✓ Rezyume

Today in the world, tuberculosis is a threat to life for millions of people, many families are disturbed and their consequences remain the most pressing problem of humankind. 1/3 of the world's population, live with this disease and continue to form new foci of the disease. Morbidity occurs among different age groups of the population, and especially young people, the disease is more often registered among people aged 20-50 years. In connection with the living of several people in poor living

Keywords: tuberculosis, children, Khorezm region, prevalence

SIL TAYOQCHASINING MORFOLOGIK XUSUSIYATLARI VA GISTOLOGIYASI

Askarova R.I.

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi Urganch filiali

✓ Rezyume

Aniqlangan nafas a'zolari silidan 77 % ni o'pka sili, 2,3 % ni nafas a'zolarining birlamchi sili, 7,7 % ni sil plevriti, 12,1 % ni ko'krak ichi limfa tugunlar sili tashkil etadi. O'pka silidan 16 % o'choqli sil, 66 % yallig'langan sil, 4,8 % tarqoq sil, 2,8 %ni fibroz-kavernoz sil, 9 % boshqa shakllari tashkil etgan. Sil kasalligining O'zbekistonda keng tarqalishiga ta'sir qiluvchi asosiy omillar: ijtimoiy va iqtisodiy muammolar. aholi migratsiyasining faollashuvi, sil kasalligini o'z vaqtida aniqlash, ularni davolash jarayonining qiyinligi, ijtimoiy kam ta'minlangan aholining tibbiy yordamni o'z vaqtida ololmasligi, tibbiy xodimlarning kasallikni kechikib aniqlashlari, sil va OITS kasalligi bilan birga kechish holatlarining ko'payganligi. Yuqorida keltirilgan omillar bilan bir qatorda sil kasalligini davolash samaradorligining pastligi ham muhim rol o'ynaydi. Keltirilgan ma'lumotlar asosida sil kasalligining mehnat migrantlari va ularning oila a'zolari o'rtasida kuzatilish holatlari epidemiologiyasi va profilaktikasi hali yaxshi o'rganilmaganligi ushbu muammoni yanada chuqurroq o'rganish kerak ekanligini taqozo etadi.

Kalit so'zlar: tuberkulyoz, Xorazm viloyati, aholi, tarqalish

Актуальность

Многие инфекционные болезни на нашей планете продолжают угрожать здоровью людей. Туберкулёз, древнее и такое современное заболевание, стоит в первом ряду этих болезней. Ежегодно во всем мире регистрируются более 8 миллионов новых случаев заболевания туберкулёзом и около 2 миллионов человек умирают от этой болезни. Нищета и неполноценное питание способствуют распространению заболевания. Туберкулез продолжает угрожать человечеству. После периода относительного благополучия в отношении заболеваемости и смертности от туберкулеза, вернулись его остро прогрессирующие формы. [1].

Эта тенденция наблюдалась во многих экономически развитых странах мира [2]. В текущем столетии ситуация по туберкулезу остается крайне неблагоприятной и представляется приоритетной задачей в направлении организации специализированной медицинской помощи населению [3]. Более 30 % населения земного шара заражены палочкой Коха [4].

Наиболее высокий уровень инфицированности зарегистрирован в странах СНГ [5]. На 2-м ежегодном конгрессе Европейского национального общества, который состоялся в 1992 году в Вене, было отмечено, что от туберкулеза умерло 25 млн человек, что в 4 раза больше, чем умирает от СПИДа [7]. От туберкулеза умирает более 25 % всех инфекционных больных. Поэтому в 1993 году Всемирная организация здравоохранения провозгласила туберкулез проблемой «всемирной опасности» [6,8].

Ежегодно, по данным ВОЗ на 2011 год, 8,8 млн человек болеет открытыми формами туберкулеза и 8,7 млн человек – небациллярными, из них 60 % случаев регистрируется в странах третьего мира, что сравнимо меньше, чем число заболевших людей в 2005 году, когда отметился пик заболеваемости, равный 9 миллионам человек. Число случаев смерти от туберкулеза также уменьшилось с 1,8 миллиона в 2003 году до 1,4 миллиона в 2010 году, что уже значительно меньше, чем в начале двадцатого века, когда ежегодно умирало 2,1 млн человек [9,10].

В настоящее время в общей структуре смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней доля смертности от туберкулеза уменьшилась с 82,8 до 56,7 %, за период времени 2012 годы. В структуре смертности населения от всех причин доля туберкулеза как причины смерти также снизилась: с 1,4 % в 2005 году до 0,9 % в 2012 году. К 2030 году прогнозируется 200–240 млн новых случаев инфицированности МБТ и 68–88 млн смертей от туберкулеза, и, если заболеваемость туберкулёзом сохранится на прежнем уровне, то в течение следующих 10 лет туберкулёзом заразится 0,5 млрд человек [11,12]. В 2012 году в сравнении с 2011 годом показатели по туберкулезу значительно улучшились: общая заболеваемость снизилась на 6,7 % (с 73,0 до 68,1 на 100 000 населения); с 2008 года, когда отмечался пик показателя (85,1 на 100 000 населения) уменьшение составило 20,0 %; по ПФО – снижение на 2,9 % (с 65,6 до 62,7 на 100 000 населения).

Общая смертность уменьшилась на 12,7 % (с 14,2 до 12,4 на 100 000 населения), а с 2005 года, когда отмечался пик показателя (22,6 на 100 000 населения), смертность от туберкулеза снизилась на 45,1 %; по ПФО – регрессия показателя составила 0,4 % (с 12,7 до 12,3 на 100 000 населения) отмечается быстрое снижение смертности, в период 2012 год количество людей погибших от туберкулеза сократилось в 1,8 раза [13,14,15].

В последнее десятилетие отмечается тенденция к снижению количества диагностируемых случаев смертей от туберкулеза со сроком заболевания менее 1 года (с 5,5 до 3,0 %) и уменьшению частоты посмертной диагностики туберкулеза (с 2,8 до 1,6 %) [16,17].

Снижение показателей общей заболеваемости и смертности от туберкулеза связывают с повышением качества проведения профилактических мероприятий и снижением доли вторичных форм заболевания у больных с впервые диагностируемым туберкулёзом.

Однако прогнозируемое Международным противотуберкулезным союзом и экспертами ВОЗ исчезновение туберкулеза в мире или в регионах в ближайшем будущем не произошло [18,19].

Цель исследования – изучить особенности структуры смертности больных туберкулёзом в данном регионе.

Материал и методы

Исследованию подверглись истории болезни, протоколы патологоанатомических вскрытий, протоколы карты 14 умерших в течение первого года с момента диагностики, впервые выявленного вторичного туберкулеза легких и гематогенного туберкулеза в 2011–2012 гг. Клинический диагноз подтвержден патологом анатом в 100 % (n = 14) случаев. Кусочки

аутопсийного материала объемом 1 см³ фиксировались в 10 % растворе забуференного формалина в течение одних суток. Профиксированные кусочки тканей заключались в парафин. С парафиновых блоков изготавливались гистологические срезы толщиной 5 мкм. Все гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином и по методу Циля–Нильсона. Микроскопия осуществлялась с помощью микроскопа Axiovision (Carl Zeiss) при увеличении микрообъекта в 10раз.

Результат и обсуждение

Анализ половозрастной структуры показал, что среди умерших от туберкулеза преобладали мужчины – 92,8 % (n = 13), женщины – 7,2 % (n = 1) и их соотношение составило 13:1. Большинство умерших были старше 40 лет – 78,5 % (n = 11). Вместе с тем умершие от туберкулеза распределились по возрасту следующим образом: в группу 30–39 лет вошли 21 % наблюдений (n = 3), 40–49 лет – 28,5 % (n = 4); 50–59 лет – 35,7 % (n = 5); 60 лет и старше – 14,3 % (n = 2). Очевидно, что пик смертности у страдающих туберкулезом людей в Кировской области зафиксирован в возрасте 50–59 лет. При этом 85,7 % (n = 12) скончавшихся больных пришлось на трудоспособный возраст. Результаты нашего исследования соответствуют результатам проведенного исследования, смертность среди мужчин от туберкулеза в 2,4 % выше, чем среди женщин, при максимальном числе умерших в возрасте от 25–54 лет (71 % процент от общего числа). Также соответствующие результаты по региону, где смертность среди мужчин в основном приходится на возраст 45–54 года, мужчины при этом болеют в 3 раза чаще, чем женщины. Аналогичные данные опубликованы, за 2010 год смертность лиц трудоспособного возраста колеблется около 85 %, с максимальным показателем смертности в возрасте 45–54 лет. По социальному статусу среди умерших от туберкулеза доля работающих составила 50 % (n = 7), пенсионеров по возрасту – 14,3 % (n = 2), инвалидов по другим заболеваниям – 14,3 % (n = 2). Среди населения трудоспособного возраста, страдающих туберкулезом, 21,4 % (n = 3) приходится на неработающих лиц и людей, находящихся на инвалидности. Среди клинко-анатомических форм у умерших от вторичного туберкулеза наибольший процент составил фиброзно-кавернозный – 40 % (n = 4), доля остальных форм была ниже: инфильтративная – 20 % (n = 2), казеозная пневмония – 20 % (n = 2), цирротический туберкулез – 20 % (n = 2). Частота посмертной диагностики гематогенного диссеминированного крупноочагового туберкулеза составила 28,5 % (n = 4). В ходе нашего исследования было установлено, что у подавляющего большинства респондентов – 92,8 % (n = 13) туберкулезный процесс носил распространенный характер и занимал более одной доли легкого. Эти результаты соответствуют данным (15,3 % приходится на фиброзно-кавернозную форму), а среди умерших от гематогенного туберкулеза в 100 % случаях диагностируется диссеминированный крупноочаговый туберкулез [2]. Бактерия выделения доказано бактериологическими методами исследования в 85,7 % (n = 12), что соответствует средней частоте выявления бактерии выделителей по Р.Узб – 80,0 % [1]. Сопутствующие заболевания отмечались у 71,4 % (n = 10) умерших, при этом одно заболевание было констатировано у 80 % (n = 8), несколько заболеваний у каждого пятого. Наиболее часто акцентировался алкоголизм – 20 % (n = 2), болезни органов дыхания: хронический обструктивный бронхит – 20 % (n = 2); болезни сердечно-сосудистой системы: атеросклеротический мелкоочаговый диффузный кардиосклероз – 30 % (n = 3), гипертоническая болезнь – 10 % (n = 1), крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз – 10 % (n = 1), болезни системы пищеварения: вирусный гепатит С – 10 % (n = 1). Гипернефроидный рак был отмечен в 10 % (n = 1) летальных исходов. Немаловажен и тот факт, что у 14,3 % (n = 2) больных установлены фоновые заболевания: хроническая опиумная наркомания – 50 % (n = 1), хроническая обструктивная болезнь легких – 50 % (n = 1), которые относятся к группе повышенного риска по заболеванию туберкулезом. Среди осложнений у лиц с вторичным туберкулезом доминировали: эмпиема плевры – 7,1 % (n = 1), туберкулезный менингит – 7,1 % (n = 1), кахексия – 42,8 % (n = 6), геморрагический инфаркт легкого – 7,1 % (n = 1), тромбоэмболия легочной артерии – 7,1 % (n = 1), гипостатическая пневмония – 7,1 % (n = 1). У пациентов с гематогенным туберкулезом диагностировались такие осложнения, как кахексия – 21,4 % (n = 3), двухсторонняя поли сегментарная абсцедирующая бронхопневмония – 7,1 % (n = 1), пневмоторакс с ателектазом легкого – 7,1 % (n = 1), двухсторонний фибринозный плеврит – 7,1 % (n = 1), туберкулезный менингит – 7,1 % (n = 1). Анализируя причины смерти больных туберкулезом, стало очевидным, что летальный исход от туберкулеза и его осложнений наступил у 100 % (n = 14) больных. При

этом ведущим механизмом смерти был доказан легочно-сердечный, который встретился в 50 % (n = 7) наблюдений, в 28,5 % аутопсий (n = 4) – сердечный и по 14,3 % (n = 2) легочный и мозговой механизм.

Обращает на себя внимание то, что 42,8 % (n = 6) больных умерли в течение первого года с момента диагностики туберкулеза. Высокий уровень смертности в области обеспечивают ряд факторов, таких как профессиональные вредности (производство химикатов, работа на открытом воздухе с резкими колебаниями температуры, барометрического давления и погодных факторов, работа в запыленных помещениях, работа в органах социально-экономические условия низкий материальный уровень жизни значительной части населения, неполноценное питание, миграционные процессы, увеличение числа лиц, ведущих асоциальный образ жизни и лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы), медико-биологические условия (рост алкоголизма и наркомании. Также важно то, что больные туберкулезом поздно обращаются за медицинской помощью, уклоняются от профилактических обследований. Все это приводит к высокому показателю смертности в течение первого года с момента диагностики туберкулеза, в то время как доля умерших в течение первого года с момента диагностики туберкулеза составила в 2021 году 3,0 % [2].

Заключение

Отличительной чертой туберкулеза у людей, проживающих в области, является резкое доминирование мужчин над женщинами среди больных (13:1). Смертность на первом году болезни выше, чем в среднем (42,8 %), что обусловлено своеобразным сочетанием индустриально-экологических, социально-экономических и климатических факторов. Тяжелое течение туберкулеза у больных в области сопряжено с частым сочетанием этой инфекционной болезни и отягощенным коморбидным фоном (71,2 % наблюдений).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом, как показатель общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу Проблемы туберкулеза- 2002. №1. - С. 6-9.
2. Асадов Д.А., Гадоев Ж.Т. Влияние социально-демографических и клинических факторов на летальные исходы во время лечения туберкулеза. Медицинский журнал Узбекистана. 2017. №6. С. 29-34.
3. Асадов Д.А., Ж.Т. Гадоев., Н.Н. Парпиева. Влияние социально демографических и клинических факторов на случаи прерывания лечения от туберкулеза. Медицинский журнал Узбекистана. 2017. №1. С. 81-85.
4. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Дергачев А.В. Заболеваемость туберкулезом в России ее структура и динамика. Проблемы туберкулеза. 2003. - №7. - С. 4-11.
5. Богородская Е.М., Стерликов С.А., Попов С.А. Проблемы формирования эпидемиологических показателей по туберкулезу. Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2008. - №7. — С. 8-14.
6. Рабухин А.Е. «Сил органов дыхания», М., 1976.
7. «Туберкулез органов дыхания» под редакцией Хоменко А.Г., М., 1981.
8. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Клиника сила» М., 1997.
9. Джон Крофтон, Норманн Хорн, Фред Миллер «Сил касалликлари» Ташкент, 1999 г.
10. Визель А.А., Гурьева М.Э. «Сил», М., 2000.
11. Адаптированные модули ВОЗ № 1-7 и 11 по стратегии ДОТС, 2005.
12. Убайдуллаев А.М. «Сил касаллиги», Тошкент, 2005 г. С45
13. Ибрагимов М.А., Гурсунов В.И., Содиков А.С. «Сил» (дарслик), 1999 г.С-56
14. Перельман М.И., Корякин В.А. «Туберкулез», М., 1996 г.С-23
15. Ганиев К.Г. «Сил касаллиги» (учебник), Ташкент, 1995 г.С-52
16. Греймер М.С., Фейгин М.И. «Раннее выявление сила легких», М., 1996 г.С-32
17. Александрова А.В. «Рентгенологическая диагностика сила органов дыхания», М., 1989 г. С45-46
18. Томан К. «Сил: выявление и химиотерапия» Вопросы и ответы. Женева: ВОЗ,1980 г. С12
19. Энарсон Д.А., Ридер Г.Л., Арнадогир Т., Трибук А. «Организация борьбы с туберкулезом», Женева: ВОЗ, 2003 гС71.
20. Приказ № 160 Мин.Здрав. РУз. «О совершенствовании противотуберкулезной службы в Республике Узбекистан», Ташкент, 2003 г С18

Поступила 09.03.2022