

(на Дальнем Востоке, в Сибири, на Севере). Большинство населения проживает на территориях с фазным характером эпидемического процесса стрептококковой инфекции. Вместе с тем широко известно, что высокая заболеваемость ревматизмом отмечалась среди коренного населения Новой Зеландии, с одной стороны, на военных базах США и среди жителей сельских и пригородных районов — с другой [1, 5, 9, 10]. Очевидно, данные территории могут соответствовать 2'му и 4'му типам разработанной модели эпидемического процесса. Знание популяционных механизмов развития эпидемического процесса стрептококковой инфекции позволяет конкретизировать цели противоэпидемической работы, направления профилактики, усовершенствовать эпидемиологический надзор.

Литература

1. Анохин В.Н.// *Российский медицинский журнал*. — 1997. — № 4. — С. 4_11.
2. Беляков В.Д., Жуков В.В.// *Вестник АМН СССР*. — 1986. — № 7. — С. 17_22.
3. Беляков В.Д., Голубев Д.Б., Каминский Г.Д., Тец В.В. *Саморегуляция паразитарных систем*. — Л., 1987.
4. Колпаков С.Л., Яковлев А.А.// *Эпидемиологический надзор: теория, методы и организация*. — Барнаул, 1997. — С. 156_163.
5. Насонова В.А.// *Тер. архив*. 1998. — № 9. — С. 41_44.
6. *Серия технических докладов ВОЗ: № 792*. — Женева, 1992.
7. Филатов Н.Н., Брик Н.И., Шаханина И.Л. и др.// *Журн. микробиол.* — 1998. — № 1. — С. 40_43.
8. *Эпидемиология/ Под ред. Белякова В.Д., Яфаева Р.Х.* — М.: Наука, 1989.
9. Stollerman G.H.// *Lancet*. — 1997. — Vol. 349. — P. 935_942.
10. Congeni B., Rizzo C., Congeni J., Sreenivasan V.V.// *J. Pediatr.* — 1987. — Vol. 119. — P. 176_179.

Поступила в редакцию 10.06.03.

POPULATION MECHANISMS OF RESPIRATORY STREPTOCOCCOSIS MORBIDITY AND OF RHEUMATISM IN PRIMORSKY REGION

S.L. Kolpakov, A.A. Yakovlev, M.A. Ginkul
Vladivostok State Medical University

Summary — The researchers present the results of the study with respect to the sickness rate of the streptococcal infection (scarlatina, anginas) and of rheumatism on the territory of Primorsky region since the years 1991 till 2001. A technique of non-traditional epidemiological analysis worked out by the authors on the basis of the self-regulation theory as to the parasitic systems has been also applied within the framework of the study. They have received the data about self-maintained development of the epidemic process of the streptococcosis on the five territories that are considered as population epidemic focuses. The rheumatism morbidity has been developing as provided by the role of the territory in the epidemic process of the streptococcosis.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 48_52.

УДК 616.511.5'07:616.24'002.5'07'053.9(477)

А.К. Герман, А.И. Ахтырский

УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА КАК ОДИН ИЗ СИМПТОМОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Областное специализированное территориальное медицинское объединение «Фтизиатрия»
(г. Запорожье, Украина)

Ключевые слова: туберкулез, узловатая эритема, пожилые люди.

В последние годы в мире зарегистрировано повышение заболеваемости и смертности от туберкулеза легких, а на Украине в 1995 г. ситуация по этому заболеванию достигла показателей эпидемии [3]. Стали чаще, чем ранее, диагностироваться распространенные формы туберкулеза легких с выраженным экссудативным компонентом воспалительной реакции, с распадом легочной ткани и бактериовыделением. При этом выделяемые микобактерии туберкулеза нередко моно- или полирезистентны к основным противотуберкулезным препаратам [3]. Эпидемией охвачены практически все возрастные группы населения, но в большей мере люди трудоспособного возраста. Не остались без «внимания» эпидемии и лица

в возрасте 60 лет и старше. У них возросла частота развития так называемого аденогенного туберкулеза легких, в патогенезе которого основная роль отведена на реактивации процесса в после первичных изменениях в лимфатических железах средостения [4]. Имея прямую, хотя и интимную связь с первичной специфической инфекцией, аденогенные формы туберкулеза легких у пожилых в условиях настоящей эпидемии развиваются и протекают с некоторыми особенностями. Это прежде всего относится к учащению сопровождения реактивации специфического процесса параспецифическими реакциями, в частности узловой эритемой, которая чаще всего является спутником первичной туберкулезной инфекции.

Проведен анализ 18 случаев туберкулеза легких, сопровождающегося узловатой эритемой, у пациентов в возрасте от 61 до 72 лет. У большинства больных (15 чел.) в анамнезе не было упоминаний о ранее перенесенном туберкулезе, и лишь у 3 пациентов в детском и подростковом возрасте было заболевание легких, которое ретроспективно можно условно расценить как туберкулез. У всех наблюдаемых, помимо туберкулеза, было не менее двух сопутствующих заболеваний: сахарный диабет, хронические заболевания легких, билиарной системы и желудочно-кишечного тракта, ишемическая болезнь сердца. Флюорографическое обследование больные проходили ежегодно, поскольку относились к группе лиц

с повышенным риском по отношению к туберкулезу [1, 2]. Начало заболевания было острым, многие больные (7 чел.) причину заболевания связывали с переохлаждением. Помимо синдрома интоксикации, у большинства пациентов (12 чел.) были «грудные» жалобы (боли в грудной клетке, кашель), кровохарканье встретилось в 3 наблюдениях. Также имелась симптоматика, указывавшая на обострение сопутствующих заболеваний. У больных сахарным диабетом регистрировались клиническая декомпенсация (сухость во рту, жажда, усиление аппетита, полиурия) и повышение уровня глюкозы в крови (в среднем на 10-15%). При перкуссии легких у всех пациентов определялись легочный звук с коробочным оттенком, укорочение перкуторного звука (3 чел.), жесткое дыхание (11 чел.), сухие хрипы (18 чел.), в том числе в сочетании с влажными (9 чел.). Тоны сердца были приглушены у 18 больных, систолический шум в проекции митрального клапана выслушан в 6 случаях, тахикардия и нарушения сердечного ритма зарегистрированы у 15 и 7 пациентов соответственно. Артериальное давление повышено у 8 человек.

В 3 случаях узловая эритема появилась на 2-3 дня раньше, в остальных – параллельно с синдромом интоксикации. Высыпания локализовались симметрично, чаще на разгибательной поверхности голеней, реже – верхних конечностей. В подкожной клетчатке образовывались слегка болезненные, не вызывающие зуда ограниченные инфильтраты величиной с крупную горошину. Кожа над ними была окрашена сначала в ярко красный цвет, затем в синий с различными оттенками. Высыпания сопровождались болезненными ощущениями в конечностях. Через 7-10 дней узлы бледнели, рассасывались, и на их месте оставалась незначительно выраженная пигментация. Диагноз узловой эритемы был подтвержден врачом-дерматологом. В периферической крови у 5 больных наблюдался лейкоцитоз (до $12,0 \times 10^9/\text{л}$), у 17 – лимфопения, у 7 – лимфопения в сочетании с моноцитозом, у 8 – эозинофилия. СОЭ была увеличена у всех больных (до 45 мм/час). Проба Манту с 2ТЕ ППД у одного больного с сопутствующим сахарным диабетом была отрицательной, у 15 – положительной (от 10 до 19 мм) и у 2 – резкоположительной (22 и 25 мм). Исследования мокроты удалось провести лишь у 5 больных – в 2 случаях бактериоскопически обнаружены микобактерии туберкулеза. При функциональных методах исследования дыхательная недостаточность установлена у всех больных, из них у 5 человек – с проявлениями легочно-сердечной недостаточности. Электрокардиографические изменения сводились к снижению вольтажа, тахикардии, нарушению ритма и проводимости. При лучевых методах исследования, в том числе и томографии, у всех больных на фоне остаточных изменений в лимфатических железах средостения установлена инфильтративная форма туберкулеза легких (у 2 по типу казеозной пневмонии) в верхней доле правого (9 чел.) и левого

(2 чел.) легких. В нижней доле правого легкого процесс локализовался в 4 наблюдениях. Распад легочной ткани установлен у 6 больных. Туберкулез легких у 4 пациентов сочетался с междолевым плевритом и у 2 – с медиастинальным выпотом.

У 2 больных поражение легких сочеталось с полисерозитом (междолевой плеврит и перикардит). Бронхоскопическое исследование удалось произвести у 3 человек, у одного из них выявлена свищевая форма туберкулеза среднедолевого бронха. Все больные были госпитализированы и консультированы специалистами по поводу сопутствующих заболеваний. Проведена комбинированная терапия. Несмотря на трудности в подборе комбинации противотуберкулезных препаратов, лечение было эффективным.

В заключение следует отметить, что отрицательный патоморфоз туберкулеза легких в условиях настоящей эпидемии нашел свое отражение и в некоторых особенностях реактивации специфического процесса у лиц пожилого возраста. Это касается со проведения реактивации параспецифической реакцией (узловая эритема), что указывает на возросшую агрессивность туберкулезной инфекции. В клинической практике развитие узловой эритемы у пожилых, относящихся к группе лиц с повышенным риском туберкулеза легких, должно послужить веским основанием для направления пациента на флюорографическое обследование, а при наличии у больного кашля с мокротой – для исследования мокроты на возможное наличие в ней микобактерий туберкулеза.

Литература

1. Голубев Д.И.// Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 6. – С. 16-19.
 2. Дворецкий Л.И.// Проблемы туберкулеза. – 2000. – № 6. – С. 3-10.
 3. Фещенко Ю.И., Мельник В.М. Туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічні, клініко-діагностичні, лікувально-профілактичні та організаційні аспекти. – Київ: Логос, 1998.
 4. Шулуток М.Л., Иконникова С.И., Ларюшкина Н.А.// Врачебное дело. – 1985. – № 11. – С. 44-45.
- Поступила в редакцию 01.10.02.

ERYTHEMA NODOSUM AS ONE OF THE PULMONARY TUBERCULOSIS SYMPTOMS OF THE PATIENTS OF ELDERLY AGE

A.K. German, A.I. Akhtyrsky
Regional Specialized Territorial Medical Association «Phthisiology» (Zaporozhye, Ukraine)

Summary – The authors gave the analysis of 18 cases of pulmonary tuberculosis of the patients of elderly age. The specific process of the disease development has been accompanied by erythema nodosum. This shows the heightened aggressiveness of the infection nowadays. Granting the fact that the patients at the age of 60 and upward quite often have some somatic diseases, the onset of the erythema nodosum gives solid grounds to make a referral to patient examination on account of pulmonary tuberculosis.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 2, p. 52-53.