

## АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*И.М. Коновалова, М.Э. Гурьева, С.И. Коновалов*

*Республиканское медицинское объединение "Фтизиатрия" (главврач — Ш.Ш. Арсланов) МЗ РТ*

В настоящее время туберкулез по-прежнему остается весьма распространенным заболеванием. Надежды на его искоренение не оправдались. Ежегодно в мире регистрируют 8 млн. свежих случаев туберкулеза и соответственно 3 млн. умерших от него. Треть населения мира заражена туберкулезом, а в течение следующих 10 лет от этой инфекции погибнут примерно 30 млн. человек. В мае 1991 г. Генеральная ассамблея ВОЗ подтвердила решение о необходимости усиления противотуберкулезной работы как приоритетного раздела первичной медицинской помощи населению [3].

Актуальна эта проблема и для нашего региона. Ежегодный рост заболеваемости туберкулезом в Республике Татарстан составляет 5,5%, таков же ежегодный прирост контингентов; смертность же растет быстрее — 14—16% в год. Негативное влияние оказывают ухудшение условий жизни, усиление миграционной активности населения, снижение интенсивности проведения противотуберкулезных мероприятий. На фоне ухудшения питания, наличия высокой инфицированности населения и увеличения риска развития туберкулеза возможен рост заболеваемости и за счет эндогенной реактивации из старых туберкулезных очагов. Для современной ситуации характерен и механизм суперинфекции при контакте с бациллоносителем в очаге.

Распространенность рецидивов — важная характеристика эпидемиологического состояния в регионе [1, 2]. В последние годы в Республике Татарстан участились случаи рецидивов туберкулеза органов дыхания, что требует изучения и анализа данного показателя.

За 1993 г. в Республике Татарстан зарегистрировано 282 случая рецидива туберкулеза легких (47 ранних и 235 поздних), или 7,0 на 100 тысяч населения (для сравнения: в 1992 г. — 5,3 на 100 тысяч населения). Соотношение числа рецидивов и заболеваемости составляет 21,2%, что свидетельствует об актуальности этой проблемы.

Число случаев рецидивов туберкулеза распределено по районам респуб-

ки крайне неравномерно. Так, в 1993 г. в Тюлячинском районе оно было равно 22,3 на 100 тысяч, Сабинском — 15,7, Высокогорском — 13,5. В ряде районов (Елабужском, Апастовском, Дрожжановском, Мензелинском, Пестречинском, Сармановском, Атинском, Ютазинском) рецидивы не зарегистрированы.

В настоящую разработку вошли данные о 19 районах Республики Татарстан, в которых за анализируемый период зафиксировано 80 случаев рецидивов туберкулеза, из них 71 — со стороны органов дыхания. У 13 (18,3%) больных был ранний рецидив, у 58 (81,7%) — поздний.

В группе лиц с ранним рецидивом инфильтративный туберкулез диагностирован у 69,2% больных, диссеминированный — у 7,7%, туберкуломы — у 23,1%. Фаза распада констатирована у 76,9% больных, распад — у 53,8%. У больных с ранним рецидивом до перевода их в 3-ю группу диспансерного учета преобладала инфильтративная форма туберкулеза.

В структуре случаев позднего рецидива доминировала инфильтративная форма туберкулеза (72,4%), затем следовали диссеминированная (6,9%), туберкуломы (6,9%), очаговая форма (5,2%). Фазу распада имели 53,4% пациентов, бацилловыделение — 55,2%. У больных с поздним туберкулезом исходно преобладали инфильтративная и очаговая формы (при рецидиве в виде очагового туберкулеза и туберкуломы).

С учетом того, что среди клинических форм при рецидивах второе место занимают туберкуломы (9,8%), а исходной формой у таких больных бывает инфильтративная или очаговая, фтизиатру при первичном взятии на учет пациента необходимо более тщательно проводить дифференциальную диагностику туберкулом и других форм туберкулеза легких с целью своевременной консультации с фтизиохирургами.

У 51 (71,8%) из 71 больного с рецидивами туберкулеза органов дыхания были такие сопутствующие заболевания, как хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ), алкоголизм, патология желудочно-кишечно-

го тракта, сахарный диабет, психические заболевания. У 16 (22,5%) больных констатировано сочетание нескольких сопутствующих видов патологии.

Таким образом, при ранних рецидивах в структуре сопутствующих заболеваний преобладает алкоголизм, а при поздних — ХНЗЛ. Было проанализировано качество лечения, проведенного фтизиатрическим больным. Среди 13 больных с ранними рецидивами противорецидивное лечение получали 12 (92,3%), из 58 пациентов с поздними рецидивами — 21 (36,2%). Хотя охват противорецидивной химиотерапией можно считать удовлетворительным, контролируемое лечение проводилось лишь в единичных случаях. Исходя из этого, больным, переведенным в 3-ю группу диспансерного учета с сопутствующим алкоголизмом, нужно рекомен-

довать противорецидивный курс химиотерапии только под контролем, желательно в стационаре, дневном стационаре или санатории. Больным, состоящим на учете в 7-й группе диспансерного учета с сопутствующими ХНЗЛ, противорецидивный курс следует назначать обязательно в сочетании с санацией бронхолегочной системы. Оздоровление больных этой группы предпочтительно проводить в условиях стационара или санатория.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гариленко В. С. и др. // Пробл. туб. — 1993. — № 2. — С. 10—13.
2. Рогожина Н. А. и др. // Пробл. туб. — 1993. — № 1. — С. 54—56.
3. Хоменко А. Г. // Пробл. туб. — 1994. — № 2. — С. 2—4.

Поступила 15.01.95.

УДК 616. 24—002.5 — 036. 2

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ КАК ВАЖНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

Г. А. Смирнов, Р. А. Калямова, И. М. Казаков

*Кафедра фтизиатрии и пульмонологии (зав. — проф. Г. А. Смирнов)  
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

В нашей стране при статистических исследованиях основным показателем, характеризующим эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, считается общая заболеваемость, исчисляемая на 100 тысяч населения. Одновременно учитывают заболеваемость бациллярными формами туберкулеза и долю деструктивных процессов в процентах к общему числу заболевших. Наблюдения за эпидемиологическими показателями по туберкулезу в течение многих лет, а также учет новых данных о генетической обусловленности противотуберкулезного иммунитета требуют пересмотра многих устоявшихся представлений об эпидемиологии и патогенезе туберкулеза.

Наше внимание привлек эпидемиологический показатель, которому не уделяется достаточного внимания в официальных статистических исследованиях. Речь идет о заболеваемости деструктивным туберкулезом легких на 100 тысяч населения (а не о его доле в процентах к числу заболевших), который является наиболее тяжелой формой болезни. Больные с подобной формой заболевания представляют наибольшую эпидемиологическую опасность и лечить их особенно трудно. Анализ заболеваемости бациллярным

туберкулезом с этой точки зрения не отражает истинной эпидемической ситуации, поскольку при таком исследовании учитываются случаи обнаружения микобактерий туберкулеза (МТ) не только методом бактериоскопии мокроты (как это делает ВОЗ), но и методом посева. В результате о заболеваемости бациллярным туберкулезом приходится судить по числу больных с малыми формами болезни, при которых выявление МТ культуральным методом свидетельствует больше об активности процесса, чем об эпидемиологической опасности больного и тяжести заболевания.

Еще в 60-е годы мы заметили, что в г. Казани на фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом заболеваемость его деструктивными формами не снижается, а даже нарастает. Так, с 1965 по 1970 г. общая заболеваемость туберкулезом уменьшилась со 134 до 72 на 100 тысяч населения, то есть почти в 2 раза, а заболеваемость деструктивным туберкулезом легких увеличилась с 17 до 19 на 100 тысяч. Соответственно доля деструктивных процессов в структуре заболеваемости возросла более чем в 2 раза.

Значительное снижение показателя общей заболеваемости туберкулезом в этом периоде в определенной мере за-