

О ПРИЧИНАХ И ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

В. С. Анастасьев, М. М. Ларина

*Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВА
им. В. И. Ленина, противотуберкулезный диспансер Московского и Ленинского
районов г. Казани (главврач — Ш. Ш. Арсланов)*

Реферат. Проанализирован 101 случай рецидива туберкулеза. Чаще наблюдались поздние рецидивы (69,3%). Среди клинических форм доминировал инфильтративный туберкулез легких (59,4%). Распад выявлен в 69,3%, бацилловыделение — в 74,2%. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза обнаружена у 31,1% больных, а по отношению к принимавшим в прошлом антибактериальные препараты — у 43,2%. В развитии рецидивов главную роль играли не вполне удовлетворительные условия труда и быта, злоупотребление алкоголем и его последствия, неполноценное первичное лечение, сопутствующие заболевания. Лечение больных с рецидивами туберкулеза легких не менее эффективно, чем терапия первичного заболевания.

Ключевые слова: туберкулез легких, рецидив, антибактериальное лечение, диспансеризация.

2 таблицы. Библиография: 3 названия.

В связи с увеличением числа лиц, излеченных от туберкулеза, вероятность повторного заболевания которых намного превышает риск заболеть впервые, проблема рецидивов туберкулеза легких представляется весьма актуальной [1—3].

Нами проведен анализ 101 рецидива туберкулеза органов дыхания, которые зарегистрированы в диспансере с 1972 по 1977 г. Удельный вес рецидивов в структуре заболеваемости за указанный период составил в среднем 15,9%. Они, как и первичные заболевания, чаще отмечались у мужчин (76,2%). Средний возраст больных при рецидивах — 46,1 года, наиболее часто они констатированы у мужчин в возрасте от 41 до 50 лет (40,3%) и у женщин от 31 до 40 (37,5%) и старше 60 лет (22,2%). После клинического излечения рецидивы развились на сроках от 1 до 51 года (в среднем через 10,6 лет). Преобладали поздние рецидивы (69,3%).

По клиническим формам диагностировали инфильтративный туберкулез легких (59,4%), очаговый (18,7%), диссеминированный (11,9%), туберкулемы (4%), кавернозный и фиброзно-кавернозный (4%), эмпиему плевры (2%). Распад обнаружен у 69,3%, бацилловыделение — у 74,2% (при первичном заболевании соответственно у 41,5 и 44,6%). 29 больных были выявлены в диспансере (в том числе 24 при профилактическом обследовании), 37 — при массовом флюорографическом обследовании и 35 — в поликлинике. Распространенные деструктивные формы туберкулеза чаще наблюдались в последней группе. Бессимптомное или малосимптомное течение рецидива констатировано у 68 человек (67,3%), выраженная общая и легочная симптоматика — у 33 лиц (32,7%).

У 61 больного была определена чувствительность микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам. Отмечено, что частота устойчивости зависела от проводившегося раньше лечения (см. табл. 1).

Лекарственная устойчивость была у 19 бацилловыделителей, что по отношению к 44 больным этой группы, принимавшим в прошлом туберкулостатические препараты, составляет 43,2%. К одному препарату устойчивость констатирована у 10 больных, к двум — у 6 и к трем — у 3. Только у одного больного имелась устойчивость

Таблица 1
Частота лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у больных с рецидивами туберкулеза легких

Рецидив туберкулеза легких	Частота устойчивости микобактерий туберкулеза в %
У не леченных в прошлом туберкулостатиками	5,9
У леченных непрерывно более 6 мес	25,1
У леченных короткими курсами, бессистемно	43,0
Быстро развилась вторичная устойчивость	19,1

к препарату второго ряда. Из 42 больных, у которых микобактерии туберкулеза были чувствительны к антибактериальным препаратам в первые месяцы лечения, у 8 развилась вторичная устойчивость. Таким образом, у 27 больных была или быстро развивалась лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, что по отношению к проводившим в прошлом химиотерапию составляет 61,4%. Таким образом, лечение больных с рецидивами туберкулеза необходимо проводить дифференцированно. У лиц, не принимавших в прошлом туберкулостатические препараты, до получения антибиотикограммы следует назначать препараты первого ряда. При длительном и непрерывном первичном лечении ПАСК можно заменить этиономидом или этамбутолом и при системном лечении короткими курсами в комбинации препаратов целесообразно включать два не применявшихся раньше.

Мы сочли целесообразным сравнить частоту вероятных факторов риска у наших больных (основная группа) с частотой этих же факторов у лиц, излеченных от туберкулеза без рецидива (контрольная группа). Контрольная группа в количестве 100 человек была сформирована из 7-й группы наблюдения диспансера.

Таблица 2

Частота факторов риска реактивации туберкулеза у больных с рецидивами

Факторы риска рецидива	Основная группа	Контрольная группа
	в %	
Химиотерапия в прошлом проводилась меньше 12 мес	79,8	58
Сопутствующие заболевания	65,3	59
Злоупотребление алкоголем	49,5	21
В том числе хронический алкоголизм	28,7	7
Не вполне удовлетворительные условия труда и быта	81,1	72
Деструктивный исходный процесс	41,5	54
Психическая травма	19,8	7

По полу, возрасту и длительности наблюдения после клинического излечения она была близка к основной группе. Частота отягчающих обстоятельств в обеих группах приведена в табл. 2.

В основной группе химиотерапия не проводилась 38 больным (в контрольной — 8), лечился короткими курсами 31 (в контрольной — 32), лечились непрерывно от 6 до 12 мес 11 (в контрольной — 18) и принимали туберкулостатические препараты 12 и более мес 21 (в контрольной — 42). Таким образом, длительная первичная химиотерапия в основной группе проведена лишь у 20,8% больных, в контрольной же — в 2 раза чаще. Не принимали антибактериальных препаратов в основной группе 37,6%, а в контрольной — 8%. Все это дает

основание полагать, что частота рецидивов зависела от антибактериального лечения.

Большинство авторов указывает, что значительные остаточные изменения являются фактором риска рецидива туберкулеза легких, но некоторые авторы не считают такую связь доказанной. Так, И. Г. Урсов и соавт. (1973) констатировали, что в большинстве случаев (73,5%) рецидивы развились у лиц с небольшими остаточными изменениями.

Мы не могли сравнить характер остаточных изменений в основной и контрольной группах, так как в последней наблюдаются лица с выраженными остаточными изменениями. Можно было лишь отметить, что выраженные остаточные изменения после первичного заболевания у больных с рецидивами и у клинически излеченных лиц без рецидивов из 3-й группы диспансерного учета оказались одинаковыми (соответственно 64,4 и 64,0%).

Не вполне удовлетворительные условия труда и быта, как правило связанные со злоупотреблением алкоголем, нерациональным режимом жизни, характером работы, так же как и сопутствующие заболевания имели место у многих больных в обеих группах. Это, очевидно, свидетельствует о том, что указанные факторы способствуют как первичному возникновению заболевания, так и развитию рецидива. Из сопутствующих и интеркуррентных заболеваний наиболее часто встречались грипп (у 24 человек), заболевания желудочно-кишечного тракта (15), сердечно-сосудистые заболевания (14), хронические неспецифические заболевания легких (14).

Мы не получили данных о том, что исходный деструктивный процесс увеличивает риск рецидива. Это можно, по-видимому, объяснить тем, что при деструктивном туберкулезе отношение к лечению как врача, так и больного было более серьезным, чем при ограниченном очаговом туберкулезе без распада и бацилловыделения (активность туберкулеза у них нередко расценивалась как сомнительная, а часть больных в прошлом была взята на учет в 3-ю группу без предварительного лечения). И если у больных с деструктивным туберкулезом переводу в 3-ю группу диспансерного учета, как правило, предшествовало длительное основное и противорецидивное лечение (в противном случае они чаще не излечивались, а становились хрониками), то у больных с ограниченным очаговым процессом этот перевод нередко не был подкреплен полноценной химиотерапией.

Установлена четкая зависимость частоты рецидивов от злоупотребления алкоголем и его последствий. Так, в основной группе лиц, злоупотребляющих алкоголем, было в 2,4 раза больше, а хронических алкоголиков в 4 раза больше, чем в контрольной. Нельзя не отметить и роль психической травмы, которая зарегистрирована в основной группе в 3 раза чаще, чем в контрольной.

Таким образом, наиболее частыми причинами рецидивов являются неудовлетворительные условия труда и быта, злоупотребление алкоголем и его последствия, неполнота первичного антибактериального лечения, сопутствующие и интеркуррентные заболевания, прежде всего грипп, психическая травма. Поскольку большинство больных с распространенными деструктивными формами рецидивов туберкулеза было выявлено поликлинической сетью, а у лиц, наблюдавшихся в диспансере, были, как правило, ограниченные процессы, следует считать нерациональным снятие с диспансерного учета лиц с клиническим излечением независимо от характера остаточных изменений, особенно при названных выше факторах риска.

Лечение больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания почти у всех больных проводили в 3 этапа (больничное, санаторное и амбулаторное) с использованием практически всех противотуберкулезных препаратов. Из 101 больного закончили основной курс лечения 82. Из них химиотерапию проводили не менее 12 мес у 52,4%, у остальных она была недостаточно длительной, однако лишь в 14,8% случаев лечение продолжалось менее 7 мес. Побочное действие препаратов при лечении рецидивов отмечено в 44,5%, а непереносимость одного или нескольких препаратов — в 8,9% случаев. Благодаря большому выбору туберкулостатических средств всем больным, кроме одного, удалось подобрать препараты, к которым была сохранена чувствительность микобактерий туберкулеза с хорошей или удовлетворительной переносимостью.

Из 82 человек, закончивших лечение, у 72 (87,8%) были достигнуты хорошие результаты — закрытие полости и регрессирование туберкулезных изменений при отсутствии деструкции, у 6 (7,3%) констатировано абациллирование с сохранением остаточных полостей. У 71 больного прослежены результаты лечения через 1—4 года. У 62 наблюдалась стабильность полученных результатов, у 9 процесс сохранял активность или имели место обострения. Таким образом, эффективность химиотерапии больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания при современной химиотерапии следует признать удовлетворительной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобровская М. И., Несис А. И. Пробл. туб., 1976, 5.— 2. Молофеев А. Н., Букаев Н. В. Там же, 1975, 8.— 3. Урсов И. Г., Бирюкова Л. П. и др. Там же, 1973, 10.

Поступила 10 октября 1978 г.