

1. Аничков Н. Н., Волкова К. Г., Кикайон Э. Э. Физиология и патология сердца. Медгиз, М., 1963.—2. Матусова А. П. Казанский мед. ж., 1959, 1.—3. Нестеров В. С. Кардиология, 1967, 7.—4. Орлов В. Н. Электрокардиография в клинике внутренних болезней. Медицина, М., 1964.—5. Попов В. Г., Аббакумов С. А., Шахтин А. И., Белякова Т. И. Кардиология, 1968, 2.—6. Шестаков С. В. Грудная жаба и инфаркт миокарда. Медгиз, М., 1962.—7. Bohenszky G., Bokor Z., Rózsa E. A. Orv. Hetil., 1967, 108, 3, 106.—8. Hilmert J., Rochehaure J., Lenege J. Arch. Mal. Coeur. 1966, 59, 8, 1202.

УДК 616.24—002.5

ОБОСТРЕНИЕ И РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

В. С. Анастасьев, Н. П. Байбородина, М. М. Ларина

Кафедра туберкулеза (зав.—проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и противотуберкулезный диспансер Ленинского района г. Казани (главрач — М. Ш. Шакирова)

Подразделение реактивации туберкулезного процесса после эффективного лечения на обострения и рецидивы условно, так как эти понятия трактуются по-разному. Мы относим к рецидивам повторное заболевание туберкулезом легких лиц, снятых в прошлом с диспансерного учета или наблюдавшихся в 3-й группе, а к обострениям — доказанное рентгенологически или бактериологически ухудшение туберкулезного процесса у больных, состоявших на учете диспансера в 1-й или 2-й группе (при неоконченном основном курсе лечения или вскоре после его окончания).

С 1965 по 1969 г. противотуберкулезным диспансером были выявлены обострения у 40 больных и рецидивы — у 44. К моменту обострения 28 больных наблюдались по 1-й группе диспансерного учета (БК) и 12 — по 2-й. Из числа больных с рецидивами были в прошлом сняты с учета 36 (из них только у 14 проводилась антибактериальная терапия, а остальные были излечены коллапсотерапией и общеукрепляющим лечением), а 8 наблюдались по 3-й группе.

Мужчин было 58, женщин — 26. Интересно отметить, что в группе больных с обострениями преобладание мужчин было заметнее (34 и 6), в то время как в группе с рецидивами разница незначительна (24 и 20). Мы это объясняем тем, что в первой группе наблюдались больные, взятые на учет в период, когда химиотерапия была ведущим методом лечения, и обострения возникали, как правило, у лиц, нарушавших лечебный режим и не закончивших полного курса химиотерапии. Среди них абсолютное большинство мужчин. Рецидивы же возникают у практически излеченных лиц, и вероятность нового заболевания в основном зависит от характера остаточных изменений, условий труда и быта, интеркуррентных заболеваний, которые у мужчин и женщин примерно одинаковы.

В 77% рецидивы были поздними и возникали не ранее 5 лет после снятия с учета или перевода в 3-ю группу диспансерного наблюдения.

В возрасте до 40 лет было 32 чел., от 40 до 60 лет — 40 и старше — 12. Средний возраст больных с рецидивами был выше, чем у лиц с обострениями. Мы могли подтвердить мнение большинства авторов, что при обострениях и рецидивах характер туберкулезного процесса часто бывает более выраженным (большая распространенность и более частый распад), чем при первичном выявлении.

Распределение больных по формам туберкулеза при первичном выявлении и в период обострения или рецидива представлено в таблице.

Форма туберкулеза	Число больных	
	первично выявленных	с обострением или рецидивом
Бронхоаденит	4	—
Очаговый туберкулез	41	23
Диссеминированный	14	21
Инфильтративный	17	32
Туберкулома	2	5
Кавернозный	6	3
Фаза распада	24	61
БК +	20	58

Обращает на себя внимание увеличение частоты инфильтративного и диссеминированного туберкулеза легких при рецидивах и обострениях за счет уменьшения очагового. Особенно отчетливо заметно учащение фазы распада (при первичном выявлении — 28,5%, при рецидивах — 72,6%) и бацилловыделения (23,8 и 69%).

За небольшим исключением можно было установить те или иные факторы, способные привести к реактивации туберкулезного процесса. Прежде всего следует отметить недостаточную и не всегда рациональную антибактериальную терапию при первичном выявлении в группе больных с обострениями. Так, у 13 чел. основной курс химиотерапии не превышал 6 месяцев. 14 больных лечились от 6 до 9 месяцев и 13 — более 9 месяцев. В течение года антибактериальные препараты принимали только 3 чел. Многие больные нарушали непрерывность химиотерапии, не соблюдали оптимальных доз и комбинаций. Большинство больных этой группы отличалось недисциплинированностью. Достаточно отметить, что более половины больных (21 из 40) либо отказались от лечения в стационаре, либо были выписаны через 1—2 месяца за систематическое нарушение больничного режима. В группе лиц с рецидивами лечение антибактериальными препаратами в прошлом проводилось лишь у 14. Большинство из них лечилось кратковременными курсами, так как первичное заболевание они перенесли до внедрения химиотерапии или в то время, когда она еще не использовалась как основной метод лечения туберкулеза.

Остаточные изменения в легких после первичного лечения у большинства больных были значительными. Минимальные изменения наблюдались у 5 чел. (все из группы с рецидивами), умеренно выраженные — у 28 (33,8%) и значительные — у 51 (60,6%).

При выяснении других возможных причин обострения и рецидива у 33 больных можно было констатировать различные сопутствующие заболевания, у 32 — злоупотребление алкоголем (чаще хронический алкоголизм). У 8 чел. обострения или рецидивы возникли после заболевания тяжелой формой гриппа, 7 больных находились в контакте с бацилловыделителями, у 7 была психическая травма. У 45 больных были не вполне удовлетворительные материально-бытовые и производственные условия (плохой быт — у 15, тяжелые условия работы — у 23 и профессиональная вредность — у 7).

Таким образом, среди лиц с обострениями и рецидивами туберкулеза каждый третий был алкоголиком, у каждого второго отмечены неудовлетворительные условия труда и быта (наиболее часто связанные с пьянством), каждый третий страдал сопутствующими заболеваниями.

Многие авторы констатируют относительную скудость клинических проявлений при обострениях и рецидивах туберкулеза легких. Мы наблюдали у 21 больного рентгенологически и бактериологически доказанную реактивацию процесса без клинических проявлений, у 30 — незна-

чительную симптоматику и у 33 клинический синдром обострения туберкулеза легких был выраженным.

В 90,5% прогрессирование было отмечено в зоне первоначально выявленного процесса. Особенно часто это наблюдалось при обострениях (у 39 больных из 40) и в меньшей мере — при рецидивах (у 37 из 44).

Лечение больных с обострениями и рецидивами туберкулеза по целому ряду причин менее эффективно, чем первоначально выявленных больных. Считают, что наличие склеротических изменений в легочной ткани, развившихся после перенесенного туберкулеза легких, препятствует созданию высоких концентраций медикаментов в очаге поражения. Нельзя не учитывать более частую устойчивость БК к антибактериальным препаратам, а также недисциплинированность значительной части подобных больных, которая нередко и была причиной обострения в результате нарушения лечебного режима при первичном курсе химиотерапии.

Результаты лечения наших больных были следующими: значительное улучшение наступило у 38, улучшение — у 22, эффекта не получено у 24. Интересно отметить, что при рецидивах эффективность лечения была намного выше, чем при обострениях. Частота неудач отмечена соответственно у 7 (16%) и у 17 (42,5%) больных. Следовательно, результаты лечения рецидивов, по нашим данным, мало уступают эффективности терапии впервые выявленных больных, в то время как при обострениях частота терапевтических неудач велика. Объяснить это можно только тем, что обострения и неудачи в их лечении были, как правило, следствием несоблюдения основных принципов химиотерапии из-за недисциплинированности больных, которую и следует считать одной из главных причин плохих результатов лечения.

УДК 616. 24—002—615. 779. 9—615. 7

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ И АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ

*Проф. С. И. Шеришорина, канд. мед. наук Т. Л. Солодова
и Г. Н. Решетов*

Кафедра микробиологии с вирусологией и иммунологией (зав. — проф. С. И. Шеришорина) Саратовского медицинского института и патологоанатомического отделения 3-й клинической больницы г. Саратова (зав. — Р. А. Утц)

Несмотря на большие успехи в лечении больных острыми бактериальными пневмониями, последние при некоторых условиях (нерациональный выбор антибактериального препарата, неправильная методика его применения, несвоевременная диагностика и поздняя госпитализация больного) могут привести к смерти или способствовать ее наступлению. Как известно, основными принципами в лечении больных пневмониями являются этиотропность, патогенетичность и своевременность. Исходя из этих положений, при выборе лекарственных средств необходимо учитывать чувствительность возбудителя к препарату. В свое время это с большой убедительностью было показано рядом исследователей на клиническом и секционном материале [1, 4, 5, 7]. Введение в лечебную практику сульфаниламидных препаратов резко снизило смертность от крупозной пневмококковой пневмонии. Наряду с этим клиницистами было отмечено, что отдельные случаи заболевания, возбудитель которых