

ПОЗДНИЕ РЕЦИДИВЫ У ЛИЦ С ОСТАТОЧНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ

Г. К. ГУСЕЙНОВ, Т. Г. ГИРЕЕВ

LATE RELAPSES IN THOSE WITH RESIDUAL TUBERCULOUS CHANGES IN THE LUNGS

G. K. GUSEYNOV, T. G. GIREEV

Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала

Dagestan State Medical Academy, Makhachkala

Обследовано 127 больных с остаточными туберкулезными изменениями в легких, у которых наступил рецидив процесса за последние 5 лет. Среди них женщин было 26 (20,5%), мужчин – 101 (79,5%). Поздние рецидивы характеризовались более тяжелыми клиническими формами, чем при первичном заболевании.

У лиц с остаточными туберкулезными изменениями опасность рецидива сохраняется на протяжении всей последующей жизни с пиком в период от 5 до 20 лет после снятия с учета (65,2%) и возрастом пациентов старше 50 лет (68,5%). Целесообразно и закономерно возвращение пациентов с остаточными туберкулезными изменениями под наблюдение противотуберкулезной службы.

Ключевые слова: туберкулез, остаточные туберкулезные изменения в легких, рецидивы, профилактика, наблюдение.

The analysis included 127 patients with residual tuberculous changes in the lungs having tuberculosis relapse for the last 5 years. Among them women made 26 (20,5%) and men made 101 (79,5%). The late relapses were characterized by more severe clinical forms compared to the primary disease.

In those with residual tuberculous changes the risk of relapse is present through the rest of life with the highest risk in the period from 5 to 20 years after taking off the register (65,2%) and when the age of patients is above 50 years old (68,5%). It would be feasible and logical to keep the patients with residual tuberculous changes for follow-up in tuberculosis control services.

Key words: tuberculosis, residual tuberculous changes in the lungs, relapses, prevention, follow-up.

Лица с остаточными туберкулезными изменениями в легких (плотные очаги, петрификаты, фиброз, плевральные спайки и др.) относятся к группам риска заболевания туберкулезом. Вероятность активации процесса у них колеблется в пределах 21-50% и прямо пропорциональна количеству и размерам остаточных изменений [8-10]. Со времени формирования противотуберкулезной службы в нашей стране такие пациенты находились под ее наблюдением, проводились мероприятия, направленные на профилактику и своевременную диагностику рецидива. Но в критический период отечественной фтизиатрии, когда в стране в 90-х годах XX в. резко ухудшилась эпидемическая ситуация по туберкулезу, в целях разгрузки противотуберкулезной службы Приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. этот контингент был передан под наблюдение учреждений общей лечебной сети. В итоге внимание к этим лицам резко ослабло. По скудным данным литературы, третья часть таких пациентов в течение многих лет ни разу не проходили лучевое исследование, и к фтизиатрам они обращаются, как правило, с рецидивом процесса, с распространенными процессами и распадом [2]. Риск же неэффективного лечения у лиц с рецидивом процесса по сравнению с впервые выявленными больными увеличивается в 2 раза, частота

лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам – в 1,3 раза, с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – в 2 раза, вероятность летального исхода – в 1,5 раза [7]. Решение данной проблемы путем увеличения сроков наблюдения в III группе диспансерного учета (ДУ) вряд ли может существенно повлиять на ситуацию [1, 10].

Цель исследования: улучшить профилактику и раннее выявление рецидивов туберкулеза у лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких.

Материалы и методы

Обследовано 127 пациентов, находившихся под наблюдением учреждений общей лечебной сети с остаточными изменениями в легких и вернувшихся в противотуберкулезные диспансеры городов Махачкалы, Дербента и Кизляра за 5 лет (2010-2014) с рецидивами процесса.

Среди этих больных женщин было 26 (20,5%), мужчин – 101 (79,5%). Если исходить из того, что, по среднемноголетним данным, доля женщин среди впервые выявленных и находящихся на учете диспансеров больных туберкулезом в Дагестане

составляет около 40,0% [4], то у мужчин риск рецидива туберкулеза в 2 раза выше, чем у женщин. Мы объясняем это относительной частотой у мужчин вредных привычек (курение, алкоголь) и более рискованным образом жизни и труда.

Результаты исследования

Возраст больных при первичном заболевании колеблется от 4 до 76 лет и, как видно из табл. 1, большинство из них (71,7%) составляют лица молодого и зрелого (21-50 лет) возраста. А среди больных с рецидивами возраст колеблется от 24 до 84 лет и преобладают лица старше 50 лет (68,5%), что, собственно, и следовало ожидать с учетом ослабления у них иммунитета, частоты сопутствующих заболеваний, снижения качества жизни и т. д.

Рецидив болезни произошел в течение первых 3 лет после передачи пациентов под наблюдение учреждений общей лечебной сети у 11 (3,6%), что, видимо, следует оценивать как преждевременное снятие их с III группы ДУ. Далее процесс рецидивировал в сроки от 3 до 5 лет у 9 (7,4%), от 6 до 10 лет – у 45 (35,4%), 11-20 лет – у 36 (29,8%), 21-30 лет – у 7 (5,5%), более 30 лет – у 12 (8,7%). Эти данные дают основание считать, что риск рецидива туберкулезного процесса при остаточных изменениях в легких существует на протяжении всей последующей жизни с пиком в период от 6 до 20 лет (65,2%) после снятия с ДУ. Поэтому эти лица нуждаются в пожизненном наблюдении специалистов.

У лиц с остаточными туберкулезными изменениями рецидив процесса выявляется поздно, при появлении выраженных симптомов, о чем свидетельствуют данные табл. 2: доля инфильтратив-

ного туберкулеза с 69,3% при первичном диагнозе увеличилась до 74,0% при рецидиве, у 4 (3,2%) пациентов при рецидиве диагностирована казеозная пневмония (у одного – с летальным исходом), у 10 (7,1%) – фиброзно-кавернозный туберкулез. Частота фазы распада повысилась с 48,6 до 74,4%. МБТ при первоначальном заболевании выявлены у 38 (30,0%), при рецидиве – у 62 (48,9%), частота МЛУ возбудителя повысилась с 3 (7,1%) до 17 (26,7%). Для сравнения отметим, что доля больных туберкулезом с МЛУ МБТ среди впервые выявленных больных с бактериовыделением в Республике Дагестан в 2012 г. составляла 4,8%, в 2013 г. – 5,8%, в 2014 г. – 11,7%, в среднем за 3 года – 7,5% [3]. Частота МЛУ МБТ у больных с рецидивом, таким образом, примерно в 3,5 раза выше, чем при первичном выявлении.

Опрос пациентов показал, что в поликлиниках и других учреждениях общей лечебной сети данный контингент практически не наблюдается. Из 127 обследованных пациентов в учреждения лечебной сети обращались 88 (61,4%), лучевое исследование (рентгенография, флюорография) при этом проводили 76 (58,6%), но не в связи с остаточными изменениями в легких, а по другим причинам. Если при этом обнаруживали остаточные туберкулезные изменения в легких, пациентов направляли к фтизиатрам, не вникая в детали. Более того, остаточные туберкулезные изменения в легких нередко служили существенным аргументом для отказа от госпитализации в стационары общей лечебной сети даже при наличии серьезных показаний для этого, вплоть до почечной и сердечной недостаточности.

При анонимном анкетировании из 67 терапевтов и участковых врачей-курсантов, проходивших

Таблица 1

Возраст больных при первичном заболевании и при рецидиве

Время	Возраст в годах						
	До 10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60
При первичном заболевании	4	13	22	52	17	11	8
При рецидиве	–	–	14	11	16	31	56

Таблица 2

Клинические формы легочного туберкулеза при первичном диагнозе и при рецидиве

Время	Клинические формы									
	Первичный туберкулез	Очаговый	Диссеминированный	Инфильтративный	Экссудативный плеврит	Казеозная пневмония	Фиброзно-кавернозный	Распад	БК +	МЛУ
При первичном диагнозе	13	9	8	88	7	–	–	62	38	3
При рецидиве	–	–	7	95	3	4	10	84	62	18

цикл по фтизиатрии, 49 (73,1%) ответили, что из-за своей постоянной занятости они не имеют возможности уделить внимание данному контингенту, остальные 18 (26,9%) вообще не знали, что это входит в их обязанности. Это подтвердило факт, что многое из того, в чем нуждаются эти пациенты, не может быть осуществлено врачами общей лечебной сети. Периодическая противорецидивная химиопрофилактика, выявление ранних признаков рецидива, всестороннее обследование пациента и компетентная оценка его результатов доступны лишь специалистам-фтизиатрам, а при необходимости и центральной врачебно-контрольной комиссии противотуберкулезного диспансера.

Все это диктует необходимость рассмотрения вопроса о возвращении лиц с остаточными туберкулезными изменениями под наблюдение противотуберкулезной службы. В регионах, где имеются частые рецидивы туберкулеза, это тем более целесообразно в связи со стабильной тенденцией улучшения эпидемической ситуации по туберкулезу и уменьшением нагрузки на фтизиатрическую сеть в стране [9], что вписывается в стратегию развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации.

Выводы

1. Лица с остаточными туберкулезными изменениями на всем протяжении жизни имеют повышенный риск заболевания туберкулезом (возникновение рецидива) и нуждаются в регулярном наблюдении, лучше всего фтизиатром.

2. Данный контингент не получает необходимого периодического обследования в учреждениях общей лечебной сети, из-за этого рецидивы выявляют несвоевременно с тяжелыми формами туберкулеза и представляют опасность для окружающих.

3. Для эффективного наблюдения (предотвращение и ранняя диагностика) рецидивов лицам с остаточными туберкулезными изменениями в легких целесообразно обеспечить наблюдение противотуберкулезной службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азаматова М. М., Аминов Х. К., Фаттахова Л. З. и др. Рецидивы туберкулеза в Республике Башкортостан // *Туберкулез в России, год 2007*. М., 2007. – С. 5.
2. Андрианова А. Ю., Мишин В. Ю. Результаты отдаленных наблюдений за лицами с остаточными туберкулезными изменениями в легких, состоящими на учете в поликлиниках общей медицинской сети // *Туб.* – 2011. – № 4. – С. 34-35.
3. Асхабаев М. Г., Адзиев А. А., Пахиева Х. Ю. и др. Эпидемиологические аспекты туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя в Республике Дагестан // *Матер. 7-й Науч.-практ. конференции Республики Дагестан*. – Махачкала, 2015. – С. 46-49.
4. Васькина И. А. Стратегия борьбы с туберкулезом в РФ в период до 2020 г. // *Доклад на X съезде фтизиатров Российской Федерации*. 26.05.2015 г. Интернет.

5. Мамаева П. М. Факторы риска и алгоритм выявления женщин с повышенным риском заболевания туберкулезом в Дагестане: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Махачкала, 2000. – 29 с.
6. Скачкова Е. И., Шестаков М. Г., Темирджанова С. Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни // *Туб.* – 2009. – № 7. – С. 4-8.
7. Тактоходжаева Г. Р., Смаилова Д. А. Рецидивы и причины их развития у лиц, излеченных от туберкулеза различной локализации // *Туберкулез в России, год 2007*. – М., 2007. – С. 37-38.
8. Isikhan V., Balbay O., Annakkaya A. et al. The beliefs of patients about the causes of tuberculosis // *Europ. Resp. J.* – 2005. – Vol. 29. – P. 4358.
9. Mc. Donald H. P., Garg A. X., Haunes R. B. Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions // *J. Amer. Med. Assoc.* – 2002. – Vol. 288, № 22. – P. 2868-2879.
10. Morisky D. E., Ebin V. S., Malotte C. K. et al. Assessment of tuberculosis treatment completion in an ethnically diverse population using two data sources // *Evaluat. Health Profes.* – 2003. – Vol. 26, № 1. – P. 43-58.

REFERENCES

1. Azamatova M.M., Aminov Kh.K., Fattakhova L.Z. et al. *Retstidivy tuberkuleza v respublike Bashkortostan. Tuberkulez v Rossii v 2007 godu*. [Tuberculosis relapses in Bashkortostan Republic. Tuberculosis in Russia in 2007]. Moscow, 2007, pp. 5.
2. Andrianova A.Yu., Mishin V.Yu. Results of postponed follow up for those with residual tuberculosis changes in the lungs registered in the polyclinic of general medical services. *Tub.*, 2011, no. 4, pp. 34-35. (In Russ.)
3. Askhabaev M.G., Adzhev A.A., Pakhieva Kh.Yu. et al. Epidemiological aspects of multiple drug resistant tuberculosis in Dagestan Republic. *Mater. 7-y Nauch.-prakt. konferentsii Respubliki Dagestan*. [Materials of the 7th Scient.-Practical Conference of Dagestan Republic]. Makhachkala, 2015, pp. 46-49. (In Russ.)
4. Vasilieva I.A. Tuberculosis control strategy in Russia till 2020. *Doklad na X s'ezde ftiziatrov Rossiyskoy Federatsii*. [Presentation at the Xth Conference of Russian TB Doctors]. 26.05.2015, epub.
5. Mamaeva P.M. *Faktory riska i algoritm vyavleniya zhenshin s povyshennym riskom zabolevaniya tuberkulezom v Dagestane*. Diss. kand. med. nauk. [Risk factors and algorithm for detection of women with high risk of tuberculosis development. Cand. Diss.]. Makhachkala, 2000, 29 p.
6. Skachkova E.I., Shestakov M.G., Temirdzhanova S.Yu. Dynamics and social-demographic structure of tuberculosis in the Russian Federation and its correlation with the life level. *Tub.*, 2009, no. 7, pp. 4-8. (In Russ.)
7. Takhtokhodzhaeva G.R., Smaylova D.A. *Retstidivy i prichiny ikh razvitiya u lits, izlechennykh ot tuberkuleza razlichnoy lokalizatsii. Tuberkulez v Rossii v 2007 godu*. [Relapses and reasons causing their development in those cured from tuberculosis of various localizations. Tuberculosis in Russia in 2007]. Moscow, 2007, pp. 37-38.
8. Isikhan V., Balbay O., Annakkaya A. et al. The beliefs of patients about the causes of tuberculosis. *Europ. Resp. J.*, 2005, vol. 29, pp. 4358-4358.
9. Mc. Donald H.P., Garg A.X., Haunes R.B. Interventions to enhance patients adherence to medication prescriptions. *J. Amer. Med. Assoc.*, 2002, vol. 288, no. 22, pp. 2868-2879.
10. Morisky D.E., Ebin V.S., Malotte C.K. et al. Assessment of tuberculosis treatment completion in an ethnically diverse population using two data sources. *Evaluat. Health Profes.*, 2003, vol. 26, no. 1, pp. 43-58.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Гусейнов Гусейн Камалович

Дагестанская государственная медицинская академия,
заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии,
367000, г. Махачкала, ул. Котрова, д. 19.
Тел.: 8 (8722) 67-71-37.
E-mail: tgireec61@mail.ru

Поступила 18.11.2015