

КУРС ФТИЗИАТРИИ

**РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА
легких**

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в нашей стране остается напряженной. Одна из причин - рецидивы туберкулеза легких, которые имеют тенденцию к относительному росту. Эффективность лечения рецидивов в 2 раза ниже по сравнению с впервые выявленными случаями заболевания туберкулеза.

В связи с этим проблема предупреждения и своевременности выявления рецидивов остается актуальной.

***Обострение** - вспышка туберкулезного процесса после эффективно законченного лечения в период до установления клинического излечения.*

***Рецидив** – это вспышка туберкулеза у лиц ранее перенесших туберкулез и излеченных от него.*

Различают: 1) **ранний рецидив** – реактивация туберкулезного процесса у лиц, состоящих на «Д» учете по III группе учета.

2) **поздний рецидив** – реактивация специфического процесса у лиц снятых с «Д» учета.

Степень риска реактивации зависит от комплекса причин.

1. Неполноценность основного курса лечения у впервые выявленных больных. *Неполноценность лечения зависит в основном от непереносимости ряда препаратов, отрицательного отношения больного к лечению (частые самовольные уходы из отделения, отказ от приема лекарств), от устойчивости МБТ к химиопрепаратам.*

2. Большие остаточные изменения.

3. Сопутствующие заболевания, особенно язвенная болезнь желудка 12-перстной кишки, оперированный желудок, ХНЗЛ, длительная стероидная терапия, сахарный диабет.

Особую роль в возникновении реактивации играет алкоголизм, который значительно ослабляет иммунный статус больного.

4. Вредные привычки и недисциплинированность больных.

Нахождение в ИТУ, неполноценное питание приводят к ослаблению защитных сил организма, и способствует возникновению рецидивов.

4. Уклонение больных от обследования и профилактических мероприятий.

5. Недостатки в обследовании.

6. Преждевременный перевод в III гр. «Д» учета - до клинического излечения, отсутствие качественных томографических и лабораторных исследований. *Это способствует так называемой псевдореактивации, являющейся, на самом деле, волнообразным течением туберкулеза.*

К причинам послеоперационных реактиваций относят также:

7. Оставшиеся очаги туберкулеза, как в легких, так и во внутригрудных лимфоузлах.

8. Послеоперационные осложнения.

9. Травматизация мелких очагов в зоне операции и неудовлетворительное техническое выполнение хирургического вмешательства.

10. неизлеченный специфический эндобронхит.

11. Нарушение иммунологической реактивности организма до и после операции.

В патогенезе реактивации туберкулеза легких большую роль играет сохранение в оставшихся очагах персистирующих микобактерий, которые поддерживают приобретенный иммунитет, но и увеличивают риск эндогенной реактивации.

Наиболее часто рецидивы туберкулеза легких после терапевтического излечения возникают у больных, снятых с «Д» учета – около 50%, причем, в основном, через 5-10 лет после первичного заболевания.

Для послеоперационных реактиваций характерны обострения – они достигают, по данным различных авторов, от 40 до 70% и чаще наблюдаются в первые 2 года после проведенной операции.

Перевод в III гр. «Д» учета больных с малыми формами туберкулеза часто не подкрепляется полноценной противорецидивной химиотерапией. Эти данные подтверждают ведущую роль химиотерапии в предупреждении рецидивов.

Рецидив туберкулеза легких труднее поддается лечению. Закрывание полостей распада по сравнению с впервые выявленными наблюдаются в 2 раза реже. Прекращение выделения МБТ у впервые выявленных больных достигает 95-100%, у больных с рецидивами – 80%, около 1/4 части больных с рецидивами заболевания пополняют контингенты хроников.

При рецидивах заболевания выявляются формы туберкулеза, неперспективные и для повторных хирургических вмешательств. Повторные резекции технически сложны, сопровождаются значительной кровопотерей. Обращает на себя тяжесть исходов у больных с пострезекционной реактивацией, возникшей в зоне послеоперационного шва.

Трудовая реабилитация у таких больных наступает реже, чем при рецидивах после химиотерапии. Более чем в 2 раза чаще больные с послеоперационной реактивацией становятся полностью нетрудоспособными.

При рецидивах туберкулеза легких наблюдается более тяжелая клиническая структура.

Удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза в 2-2,5 раза больше по сравнению с впервые выявленным заболеванием (8-9%). Чаще диагностируется цирротический и диссеминированный туберкулез до 20%.

Клинические проявления у больных с рецидивами туберкулеза более выраженные. Тяжесть клинических проявлений связана с тем, что больные не обращают внимания на свое состояние. Это приводит к развитию обширных форм туберкулеза с гигантскими полостями распада, массивным длительным бактериовыделением. Нередко имеются сочетание легочного туберкулеза с внелегочными локализациями специфического процесса. Значительно чаще, чем при впервые выявленном заболевании, наблюдаются осложнения в виде кровотечения, спонтанного пневмоторакса, легочно-сердечной недостаточности.

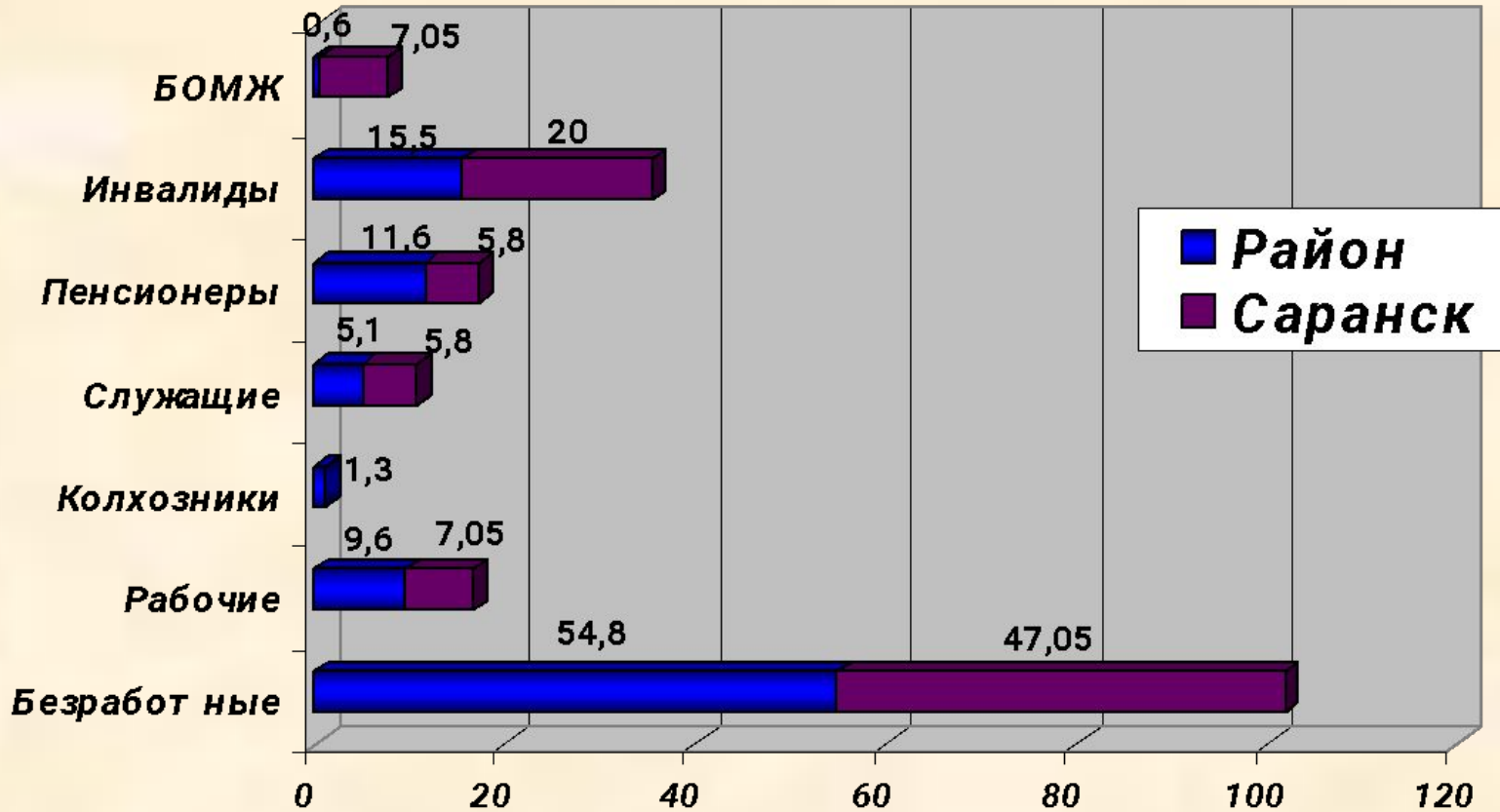
Клиническая форма туберкулеза при рецидиве заболевания отличается тяжестью и распространенностью процесса. Превалируют инфильтративный, диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез с распадом и бактериовыделением. При в/в заболевании: инфильтративный, очаговый и туберкуломы.

Полости распада при рецидиве туберкулеза встречаются в среднем в 60% случаев, при в/в заболевании при 45% случаев. МБТ при рецидиве туберкулеза выделяют около 50% больных, при в/в заболевании до 40%.

Лекарственная устойчивость возбудителя отмечена у больных с рецидивом заболевания в 30% из них с МЛУ – 18%.

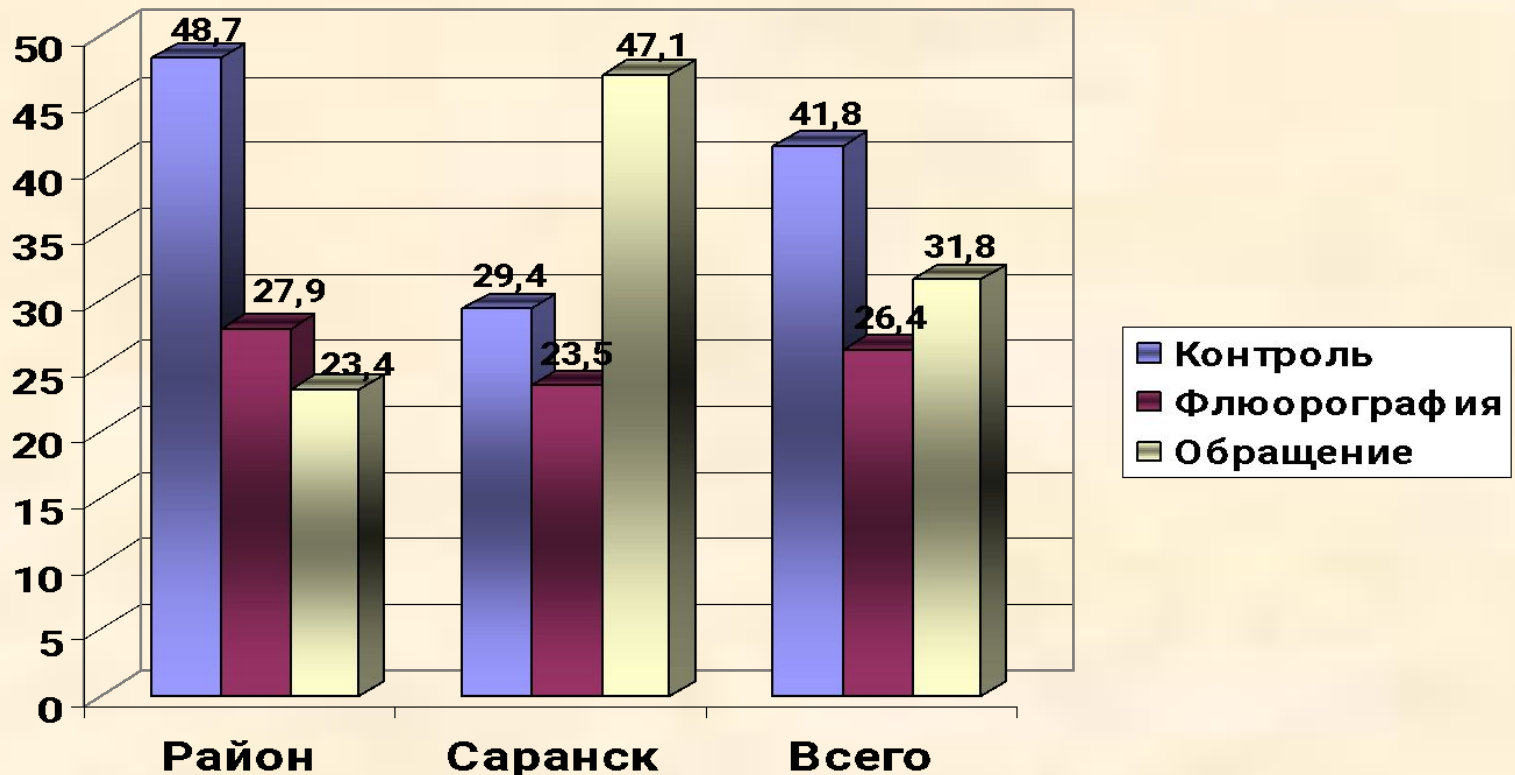
По данным мониторинга, среди больных с в/в заболеванием, в последние 3 года в среднем, ЛУ отмечена всего у 12 %, с МЛУ у 5%. То есть в 2 – 3 раза меньше.

Социальный статус больных



Среди больных с рецидивом туберкулеза чаще встречались безработные. В г. Саранске на 7,75 % меньше, чем в районах (47,05% и 54,8% соответственно). На втором месте по частоте встречаемости – инвалиды (15,5% - районы, 20% - г.Саранск), пенсионеры (11,6% и 5,8%). Рабочие (9,6% и 7,05%), служащие (5,1% и 5,8%), колхозники (1,3%), лица БОМЖ (0,6% и 7,05%), большинство относили себя к бедным слоям населения.

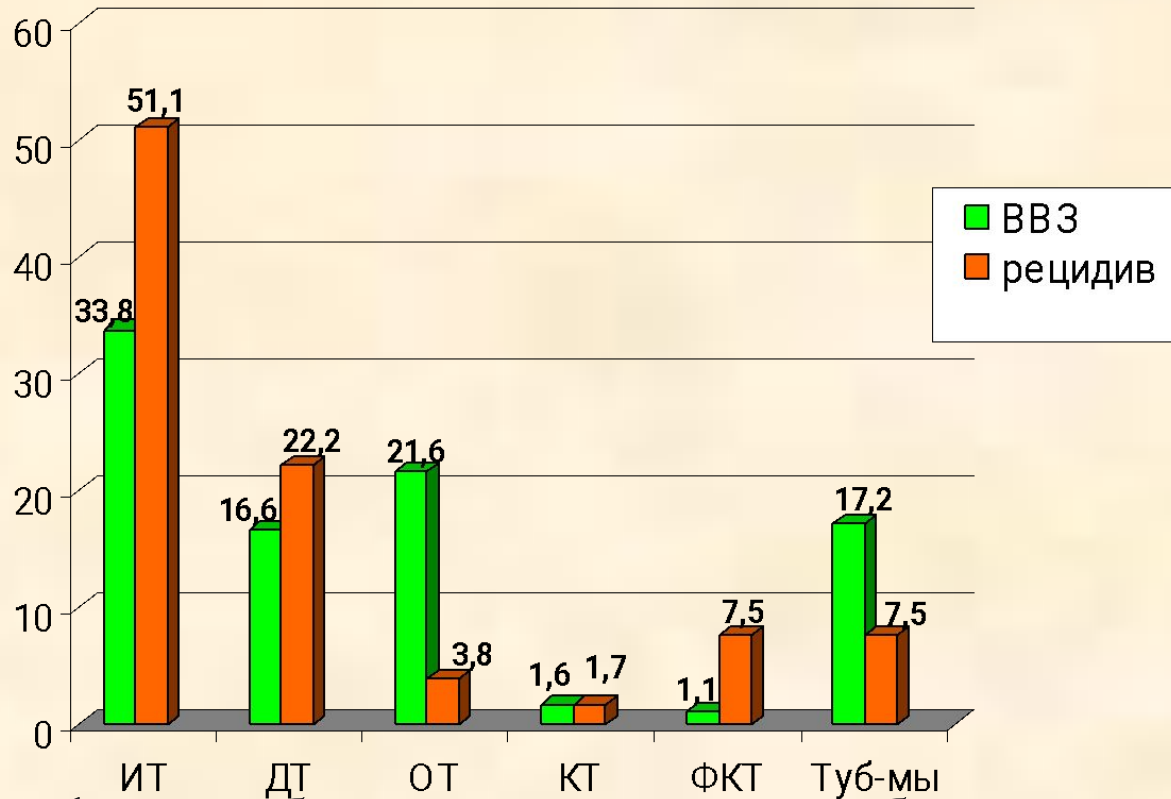
Методы выявления рецидива



Из III группы диспансерного учета по обращаемости выявлено 59,5% пациентов, проживающих в Саранске, и 40,5% больных жителей сельской местности ($P < 0,01$). При контрольном обследовании рецидив обнаружен у 40,5% жителей Саранска и у 82,4% жителей районов ($P < 0,01$). Остальные выявлены при флюорографическом обследовании.

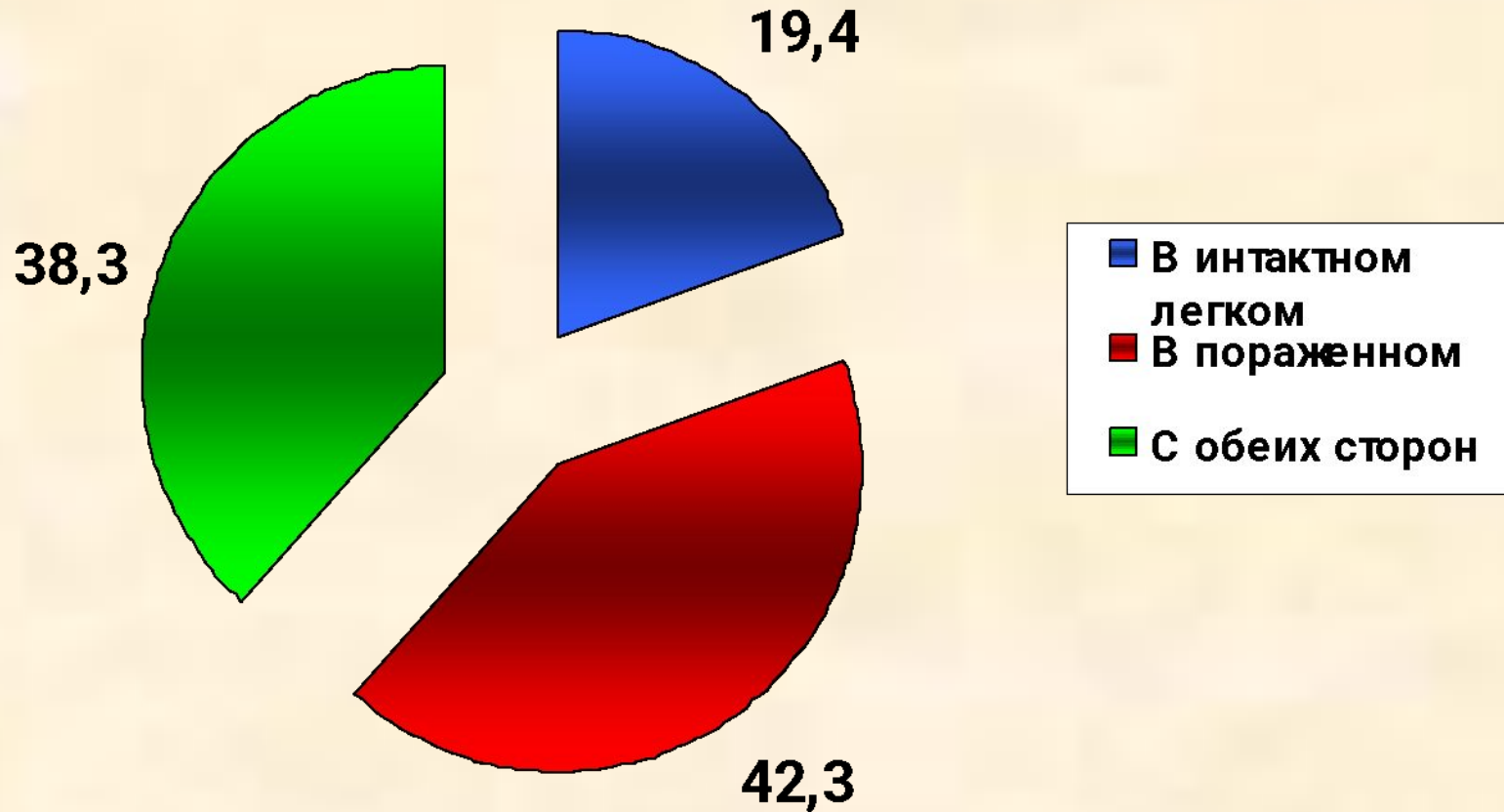
Среди лиц, снятых с туберкулезного учета, по обращаемости выявлено 80% пациентов, проживающих в Саранске и 39,1% больных жителей районов ($P < 0,001$).

Клинические формы туберкулеза при впервые выявленном заболевании и его рецидиве (%)



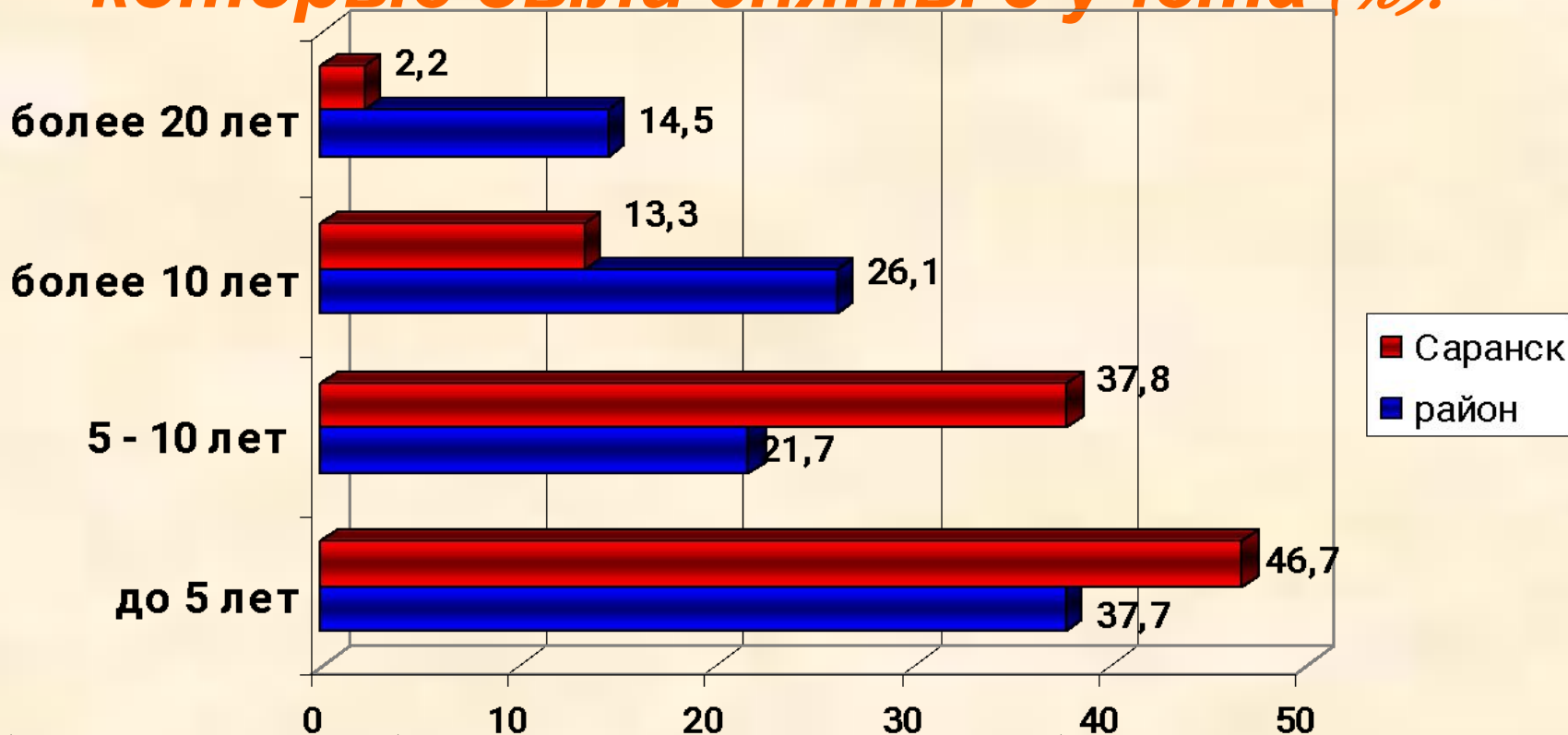
- Клинические формы туберкулеза при рецидиве заболевания отличаются тяжестью и распространенностью процесса. Частота встречаемости инфильтративного туберкулеза больше в 1,5 раза ($P < 0,01$), диссеминированного туберкулеза – в 1,3 раза ($P < 0,05$), фиброзно-кавернозного – в 6,8 раза ($P < 0,05$). При впервые выявленном заболевании чаще встречаются инфильтративный, очаговый туберкулез и туберкулемы. При рецидиве заболевания не было больных плевритом, но встречались пациенты с цирротическим туберкулезом.

Локализация рецидива



- Как в районах, так и в Саранске наиболее часто рецидив заболевания развивался в ранее пораженном легком, также часто развивался двусторонний процесс, реже туберкулез поражал интактное легкое.

Сроки развития рецидива у больных, которые были сняты с учета (%)



у больных, которые были сняты с учета, рецидив туберкулеза чаще развивался в первые 5 лет с момента снятия с учета, как в Саранске, так и в районах. Реже рецидив заболевания развивался через 20 лет и более.

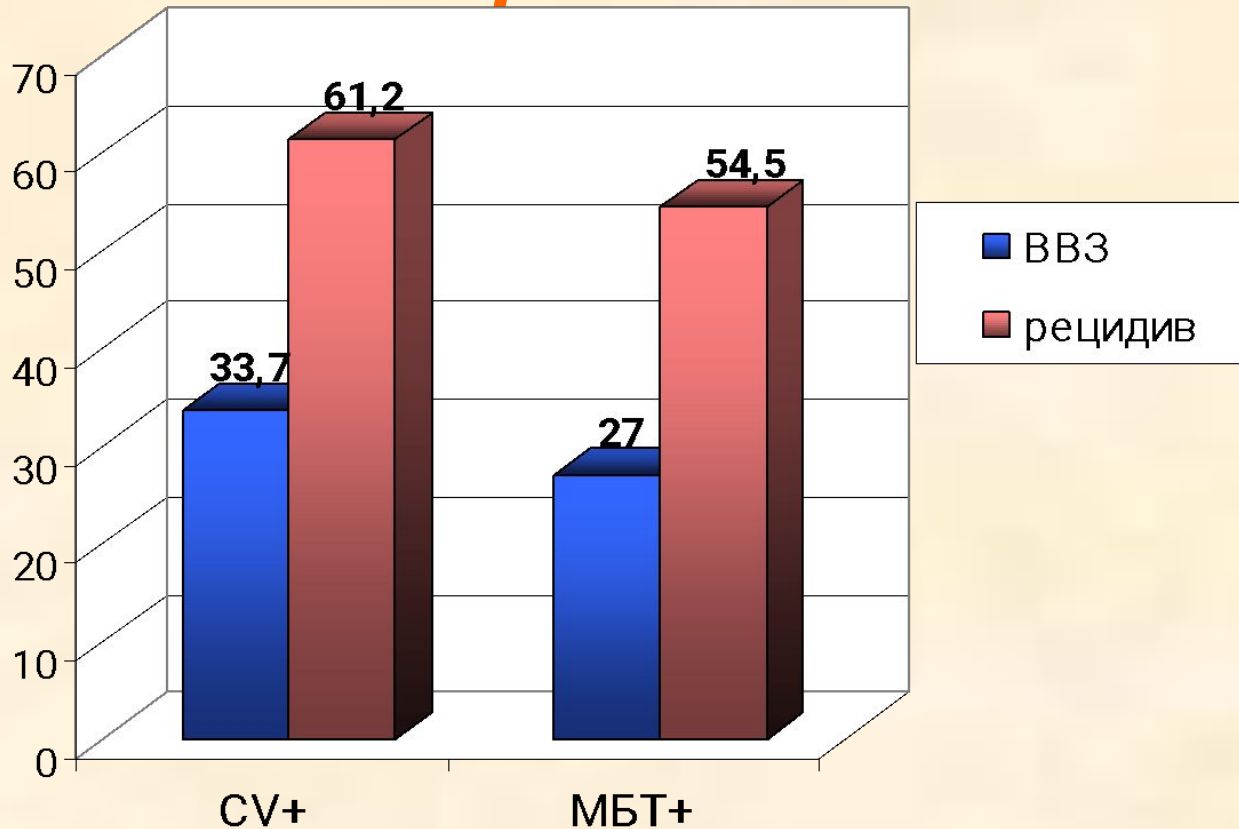
Также выявлено, что в первые 10 лет с момента снятия с учета рецидивы туберкулеза чаще развиваются в Саранске, а в более поздние сроки процент реактивации больше в районах республики Мордовия.

Своевременность выявления туберкулеза



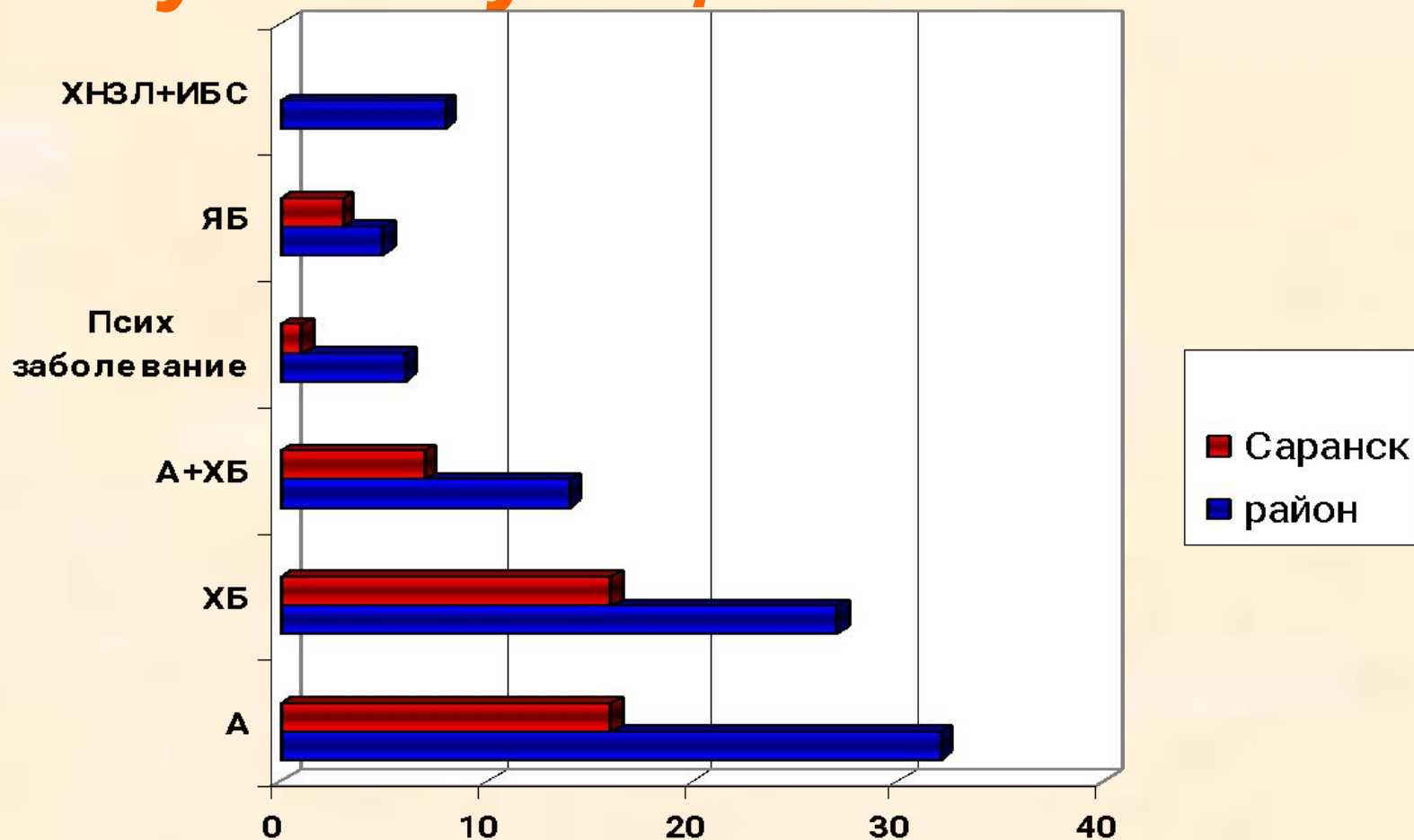
- Впервые выявленный туберкулез чаще обнаруживается своевременно. Рецидив заболевания в Саранске чаще выявляется своевременно, в районах – не своевременно ($P < 0,05$). При рецидиве туберкулеза чаще в 8,5 раза, чем при впервые выявленном заболевании обнаружены запущенные формы ($P < 0,05$).

Частота встречаемости распада и бактериовыделения



- Рецидив туберкулеза по сравнению с впервые выявленным заболеванием в 1,8 раза чаще протекает с распадом (61,2% и 33,7% соответственно), $P < 0,001$, и в 2 раза чаще с бактериовыделением (54,5% и 27%), $P < 0,001$.
- МЛУ при рецидиве встречается у 11,7%, при впервые выявленном заболевании – у 2,6% пациентов ($P < 0,05$). ЛУ к 1-2 ПТП – у 3,5% больных как при впервые выявленном туберкулезе, так и при его рецидиве.

Сопутствующие заболевания



Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречаются алкоголизм, хронический бронхит и сочетание этих заболеваний. Также были обнаружены: психическое заболевание (у 3,8% - в районах, у 1,2% – в Саранске), язвенная болезнь (у 3,2% в районах и у 3,5% в Саранске), профессиональное заболевание (у 3,5% больных, проживающих в Саранске), ХНЗЛ (у 2,3% больных из Саранска). Часто встречалось сочетание туберкулеза с двумя или тремя сопутствующими заболеваниями. ВИЧ – инфекции у наших больных не обнаружено.

Лечение впервые выявленного заболевания

- Пациентов, не лечившихся по поводу впервые выявленного туберкулеза, больше в районах (9,7%), по сравнению с жителями Саранска (3,5%).
(самовольный уход из отделения)
- Наибольшее количество пациентов проходили лечение в течение 3 – 4 месяцев (34%).
- Амбулаторно регулярно химиотерапию принимали 45,8% больных, не регулярно – 21,2%.
- Санаторно-курортное лечение получили только 5% больных.
- Большие остаточные изменения отмечены у 37% пациентов, малые – у 12,9%.

- У **78,7%** больных излечение впервые выявленного туберкулеза было достигнуто **терапевтическими методами**, у **21,3%** пациентов – **хирургическим**.
- Рецидив туберкулеза после излечения хирургическим путем у **53,1%** больных возник из III группы учета, из снятых с учета – у **46,9%**. 1/3 пациентов оперированы через 2 – 3 месяца от начала лечения (**34,7%**).
- По данным гистологии активный туберкулез имели **59,2%** больных, туберкулез с выраженной активностью процесса – **10,2%**.
- Большой объем оперативного вмешательства был у **22,4%** пациентов. В послеоперационном периоде лечились не аккуратно **36%** больных.
- Большие остаточные изменения отмечены у **37%** пациентов, излеченных терапевтическими методами, у **59,2%** - хирургическими методом.

- Частота реактиваций туберкулеза после хирургических вмешательств находится в прямой зависимости от неполноценности проведенного курса лечения в до - и послеоперационном периодах: малый срок антибактериальной терапии до лечения, отказ от санаторного лечения и краткосрочные прерывистые курсы химиотерапии после операции на амбулаторном этапе. Выраженная активность специфического процесса в момент операции, наличие больших остаточных посттуберкулезных изменений являются важными факторами развития рецидива туберкулеза.

Причины развития рецидива туберкулеза

1. Неполноценный основной курс лечения впервые выявленного туберкулеза.
2. Вредные привычки и недисциплинированность больных (алкоголизм, курение, нахождение в ИТУ)
3. Наличие сопутствующих заболеваний
4. Большие остаточные посттуберкулезные изменения
5. Отсутствие комплексного обследования при переводе в III группу диспансерного учета, а также преждевременный перевод в III группу
6. Сложные бытовые условия, плохое питание

Причин ранних рецидивов на наш взгляд несколько:

1. У 3-х пациентов рецидив возникал 2-3 раза, возможно здесь имело место волнообразное течение туберкулеза и следовало этих больных надо сразу после повторной реактивации переводить во 2 гр. учета.

2. Рано переведены в 3 гр. учета 4 пациента.

3. Часть больных ранее состояли на учете в 2 гр. по старой группировке, в связи с чем они наблюдались в 3 группе более 3,5 лет.

4. Кроме того четверо больных были оставлены в 3 –й группе учета более 3-х лет из-за большого количества отягощающих факторов (3-4 одновременно).

У пациентов с 3 и 4 причинами ранних рецидивов срок возникновения реактивации составил от 5 до 8 лет, что более свойственно для поздних рецидивов.

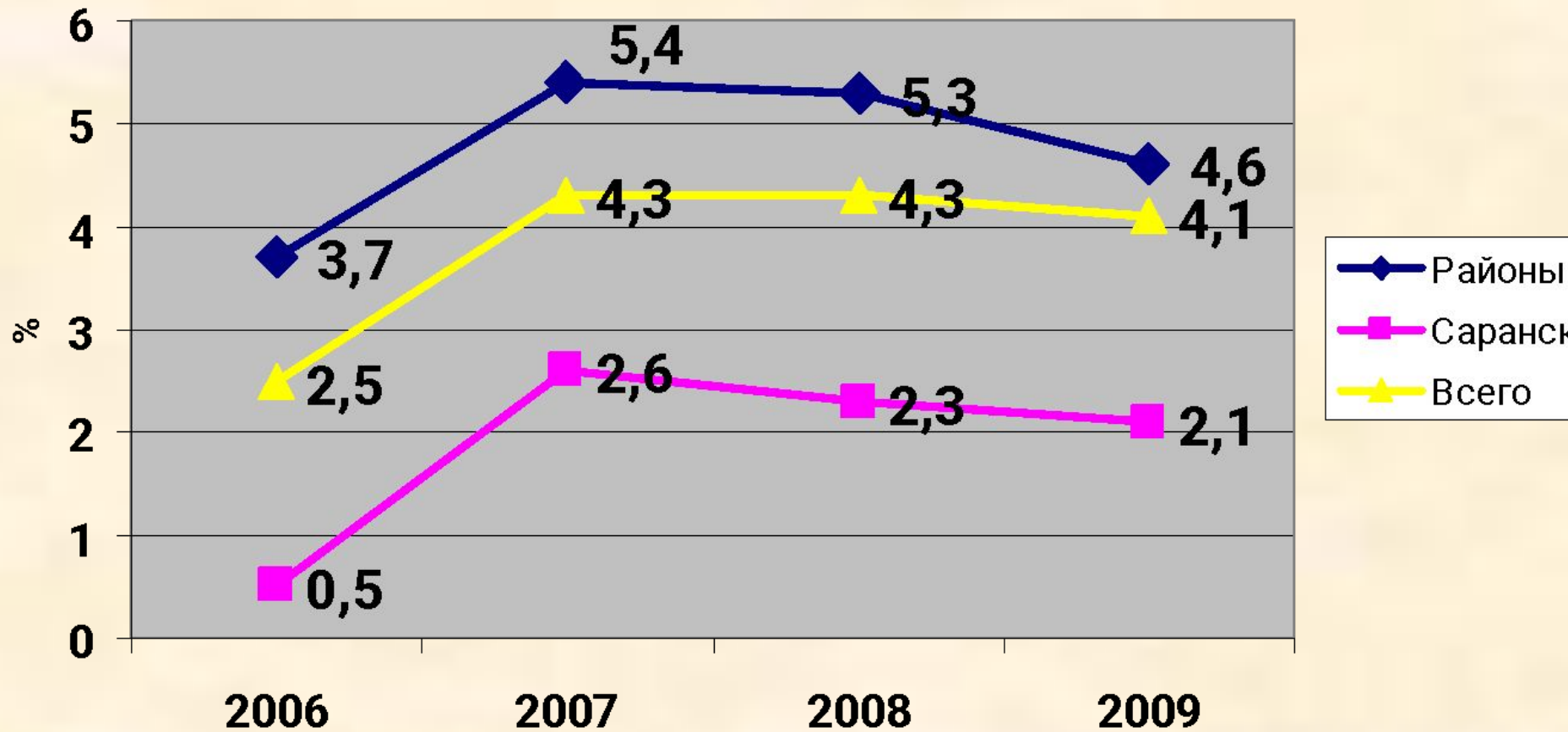
Группы риска развития рецидива туберкулеза

- больные, нарушающие режим лечения (самовольный уход из стационара, отказ от госпитализации, выписка из стационара за нарушения больничного режима, отказ от амбулаторного лечения);
- больные, лечившиеся регулярно, но не получившие полноценный курс химиотерапии по объективным (наличие сопутствующих заболеваний, осложняющие прием химиопрепаратов) причинам;
- больные, ведущие асоциальный образ жизни (алкоголизм, наркомания, лица БОМЖ, лица, пребывающие в местах лишения свободы).
- Наличие больших остаточных изменений;
- Преждевременный перевод некоторой части больных в контрольную группу наблюдения без достаточно тщательного рентгенологического наблюдения

Рекомендации по уменьшению рецидивов

- **Перевод в III группу учета и снятие с туберкулезного учета проводить после комплексного обследования с представлением больного на центральной врачебной комиссии.**
- **Полноценное лечение впервые выявленного туберкулеза с более активным применением патогенетического и физиотерапевтического лечения для уменьшения остаточных изменений**
- **Полноценное, контролируемое проведение противорецидивной терапии в амбулаторных условиях.**
- **Контроль и наблюдение в течение 5 лет за больными, снятыми с туберкулезного учета врачами общей практики.**

ОБОСТРЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА



Прогрессирование туберкулеза возникло на фоне терапевтического лечения у 79 больных, после оперативного лечения у 32 пациентов.



Благодарю за внимание!