

Выводы

1. В 40% случаев больные, прооперированные по поводу карциномы щитовидной железы не имеют достаточной супрессии TSH.

2. Назначенные дозы левотироксина у больных, имеющих достаточную и недостаточную супрессию TSH, достоверно не отличаются.

3. Удельный вес больных, нарушающих схему приема левотироксина, меньше, чем удельный вес больных, имеющих недостаточную супрессию TSH. Данные различия могут быть обусловлены не только нарушением схемы приёма левотироксина, но и различной чувствительностью больных к данному препарату, что требует более углубленного изучения.

4. Больные, прооперированные по поводу карциномы щитовидной железы, нуждаются в длительном наблюдении психолога и психотерапевта для создания мотивации к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бронштейн М.Э.* Рак щитовидной железы // Проблемы эндокринологии.— 1997.— № 6. — С 33—37.

2. *Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. и др.* Рак щитовидной железы у детей [Последствия аварии на ЧАЭС]. — М.: Медицина, — 1996. — 208 с.

3. *Дрозд В.М. и др.* Медицинская реабилитация детей с карциномой щитовидной железы: Метод. рекомендации. — Минск, 1998. — 23 с.

4. *Общая онкология: Руководство для врачей / Под ред. Н.П. Напалкова.* — Л.: Медицина, — 1989. — 648 с.

Поступила 12.04.2004

УДК 616.24-002.5-036.87-02

РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ ВОЗНИКНОВЕНИЮ

А.А. Холявкин

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены клинико-рентгенологическая характеристика, причины возникновения и эффективность лечения 1115 больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания. У большинства больных наблюдались распространенные формы туберкулеза, часто с деструкцией и бактериовыделением. Наиболее частыми причинами реактивации специфического процесса являлись хронический алкоголизм, остаточные изменения в легких, сопутствующие заболевания. Эффективность лечения рецидивов туберкулеза органов дыхания значительно ниже эффективности впервые выявленных больных.

Ключевые слова: туберкулез легких, рецидивы, факторы риска, частота.

RELAPSES OF A TUBERCULOSIS EASY AND FACTORS PROMOTING THEIR OCCURRENCE

A.A. Khalyavkin

Gomel State Medical University

The reasons of occurrence and efficiency of treatment 1115 patients with relapses of a tuberculosis of bodies of breath are investigated clinicoroentgenologic the characteristic. At the majority of the patients the widespread forms of a tuberculosis, frequently with destruction and bacterium allocation were observed. The most often reasons relapses of specific process were chronic alcoholism, the residual changes in easy, accompanying diseases, the efficiency of treatment of relapses of a tuberculosis of bodies of breath is much lower than efficiency for the first time of revealed patients.

Key words: pulmonary tuberculosis, relapses, risk factors, frequency.

Лица с повторным заболеванием туберкулезом составляют значительную часть контингента противотуберкулезных диспансеров (около 15—20%). Это наиболее тяжелая категория больных, поскольку заболевание трудно поддается лечению, часто приобретает хронический характер и больные являются постоянным резервуаром инфекции.

Основной причиной возникновения рецидивов туберкулеза органов дыхания (ТОД) является ослабление защитных сил организма, обусловленное влиянием комплекса отрицательных факторов: медико-биологических, социальных, профилактических, эпидемиологических.

Большинство авторов отмечают возрастание в современных условиях роли факторов социального риска. Обострения и рецидивы чаще возникают при развитии устойчивости микобактерий туберкулеза, при наличии длительного контакта с бактериовыделителем, а также в связи с токсичным влиянием химиопрепаратов.

Следовательно, причины развития рецидивов туберкулеза легких, их предупреждение, своевременное выявление и лечение остается весьма актуальной проблемой и требует систематического углубленного изучения, так как характеристика обострений и рецидивов является своеобразным зеркалом, отражающим слабые звенья в проведении противотуберкулезных мероприятий.

Материалы и методы

Для выяснения причин рецидивов ТОД, особенностей их течения, эффективности лечения, характера остаточных из-

менений нами проанализированы данные анамнеза и клинико-рентгенлабораторного обследования 1115 больных, лечившихся в противотуберкулезных учреждениях Гомельской области в 1991—2000 гг.

Среди наблюдавшихся удельный вес мужчин был в 5 раз выше, чем женщин (83,3% и 16,7% соответственно).

В возрасте 21—30 лет было 38 больных (3,4%), 31—40 лет — 155 больных (13,9%), 41—50 лет — 235 больных (21,1%), 51—60 лет — 324 больных (29,1%), 60 лет и старше — 368 больных (32,5%). Городские жители составили 53,5%, сельские жители — 46,5%.

Все рецидивы мы разделили на ранние (у лиц из III группы диспансерного учета (ДУ) и поздние (у лиц из VII А группы ДУ и снятых с учета).

Результаты и обсуждение

Ранние рецидивы констатированы у 21,4% больных, поздние — у 78,6%. В группе больных с поздними рецидивами 55,5% наблюдались в VII А группе ДУ, 23,1% были сняты с учета по выздоровлению. Средний срок наступления раннего рецидива составил 3,5 года, позднего — 14,6 лет.

При рецидиве туберкулеза диссеминированная форма наблюдалась почти в 2 раза чаще, чем при первичном заболевании (12,7% и 7,3% соответственно), фиброзно-кавернозная — в 10 раз (8,6% и 0,8%). Очаговая форма туберкулеза легких при повторном заболевании встречалась реже, чем при первичном. Инфильтративная форма выявлена примерно одинаково часто как при первичном, так и при повторном заболевании туберкулезом (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по формам туберкулеза при первичном заболевании и при рецидиве

Клиническая форма	При первичном выявлении		При рецидиве	
	Абс	%	абс	%
Очаговая	297	26,6	167	15,0
Инфильтративная	482	43,2	542	48,6
Диссеминированная	81	7,3	142	12,7
Туберкулома	86	7,7	56	5,0
Фиброзно-кавернозная	9	0,8	96	8,6
Цирротическая	—	—	30	2,7
Другие	160	14,3	77	6,9
Всего	1115	100	1115	100

О тяжести повторного заболевания и его эпидемиологической опасности свидетельствует существенное увеличение, по сравнению

с первичным заболеванием, доли больных, имеющих фазу распада и бактериовыделения, о чем свидетельствуют данные таблицы 2.

Таблица 2

Удельный вес (%) бактериовыделителей среди впервые и повторно заболевших ТОД жителей Гомельской области в 1991—2000 гг.

Показатель	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Впервые выявленные (абс. число)	525	561	677	850	844	992	1121	1065	945	876
Из них БК+	278	313	285	351	427	408	456	416	447	411
%	52,9	55,7	42,1	41,3	50,6	41,1	40,7	39,1	47,3	47,0
Рецидивы (абс. число)	105	93	126	126	108	120	121	110	104	102
Из них БК+	73	70	75	62	53	62	60	48	46	49
%	69,5	75,3	59,5	49,2	49,1	51,7	49,6	43,6	44,2	47,1

Таким образом, при рецидивах туберкулеза наблюдаются более распространенные процессы с достоверно большей частотой распада и бактериовыделения ($p < 0,05$).

Изучен характер остаточных изменений в легких после излечения первичного заболевания. Оценка их проводилась по общепринятой методике. Остаточные изменения считались малыми при наличии единичных плотных или обызвестленных очагов, ограниченных фиброзных и цирротических изменений в пределах одного сегмента или ограниченных плевральных наслоений. Более распространенные изменения, а также сочетание двух и более признаков, характерных для малых остаточных изменений, расценивались как большие остаточные изменения. После окончания основного курса лечения у 27% больных в легких сохранялись большие остаточные изменения, у 52% — малые, у 3,9% не имелось остаточных изменений в легких, а 17,1% больных были выписаны с диагнозом: «состояние после оперативного лечения». У 84% больных остаточные изменения локализовались в 1, 2, 6 сегментах легких.

Нами проанализированы причины возникновения рецидива ТОД. Наиболее частыми явились:

- хронический алкоголизм и асоциальное поведение (26,9%);
- хронические неспецифические заболевания легких (25,5%);
- пребывание в местах лишения свободы (24,1%);
- остаточные изменения после перенесенного туберкулеза (19,5%);

— язвенная болезнь желудка и состояние после резекции желудка (17,2%);

— недостатки в лечении и проведении химиопрофилактики (12,6%);

— сахарный диабет (4,3%);

У 1/3 больных имело место сочетание нескольких факторов.

Контакты с больными туберкулезом установлены у 28,6% больных. В основном это были контакты в местах лишения свободы.

Патологический процесс при рецидиве ТОД принимает более распространенный характер, чем при первичном заболевании. Так, при первичном заболевании у 53,4% больных процесс был односторонний ограниченный и только у 8,2% — двусторонний распространенный. При повторном же заболевании двусторонний распространенный процесс установлен у 41,7% больных.

Клиническое проявление реактиваций было бессимптомным у небольшого количества больных — 7,8%, у 54% больных симптомы туберкулезной интоксикации были выражены умеренно, а у 38,2% — ярко.

У каждого второго больного с рецидивом ТОД имелись признаки легочно-сердечной недостаточности той или иной степени выраженности, а у 9,1% — легочного кровохарканья. Умеренные воспалительные изменения в крови отмечены у 47,1% больных. При трахеобронхоскопии, проведенной 616 больным, у большинства (82,2%) выявлена патология: у 53,4% — двусторонний диффузный эндобронхит I—II степени, у 15,4% — двусторонний катаральный эндобронхит I—II степени, у 6,2% — атрофи-

ческий эндобронхит и только у 7,2% больных определялся рубцовый эндобронхит после перенесенного туберкулеза бронхов.

При изучении путей выявления больных рецидивом ТОД установлено, что у 57,8% они были выявлены при обращении, а у 42,2% — при профилактическом рентгенофлюорографическом обследовании.

Все больные с рецидивом ТОД на начальном этапе были госпитализированы, однако 39,1% из них находились в стационаре не более 3-х месяцев, средний срок стационарного лечения составил $121,1 \pm 3,2$ дня.

В стационаре специфическая терапия проводилась 4—5 препаратами с использованием различных путей введения. Большинство больных получали с патогенетической целью детоксикационную, иммунокорригирующую и рассасывающую терапию.

На стационарном этапе лечение полноты распада закрылись у 21,3% пациентов, абациллирование достигнуто у 39,6%, процесс прогрессировал у 8,8%. Отсутствие какой-либо динамики было отмечено у 14,8% больных.

Наиболее частыми причинами низкой эффективности лечения явились необратимость морфологических изменений в легких вследствие несвоевременного и позднего выявления реактивации туберкулеза — у 62,3%, асоциального поведения и несоблюдения режима лечения — у 60,3%.

Заключение

За период с 1991 по 2000 гг. рецидивы туберкулеза легких возникли у 1115 больных.

Удельный вес ранних рецидивов составил 21,4%, поздних — 78,6%.

В период развития рецидива, как правило, идет дальнейшее прогрессирование процесса.

Выводы

1. Среди больных с рецидивами туберкулеза преобладали мужчины. Рецидив ТОД чаще возникал у лиц пожилого возраста.

2. Преобладают поздние рецидивы — после длительного периода клинического благополучия и снятия больных с диспансерного учета.

3. При рецидивах чаще определяются распространенные и деструктивные формы, высок процент бактериовыделителей.

4. Среди факторов, которые могут способствовать возникновению рецидива, наиболее важными являются хронический алкоголизм и асоциальное поведение (26,9%), хронические неспецифические заболевания легких (25,5%), пребывание в местах лишения свободы (24,1%).

5. Лечение больных с рецидивами ТОД оказывается более длительным и менее эффективным, чем при первичном заболевании.

6. Наиболее частые причины низкой эффективности лечения — необратимость морфологических изменений в легких, недисциплинированность больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобарыкин В.С. // Проблемы туберкулеза. — 1990. — № 8. — С. 27—29.
2. Бобарыкин В.С. // Там же — 1991. — №1. — С. 37—41.
3. Бирон М.Г. // Там же. — 1990. — №3. — С. 13—15.
4. Коломиец В.М., Новикова С.Н. // Там же — 1991. — №7. — С. 65—67
5. Краснов В.А., Потапова В.А., Зырянова Т.В., Нарышкина С.Л. // Там же — 1993. — № 5. — С. 16—19.
6. Рудой Н.М., Иванова Е.С., Волошина Е.П., Моделевский Б.С., Довнар Р.С. // Там же — 1997. — № 4. — С. 6—8.
7. Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К., Казаков К.С. // Там же — 1998. — № 4. — С. 23—24.

Поступила 04.05.2004