

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁЗНЫМ ПЛЕВРИТОМ

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, каф. фтизиатрии

Резюме. Изучено влияние алкогольной зависимости на состояние адаптационных реакций и тип реактивности организма у 62 больных туберкулёзным экссудативным плевритом. Установлено наличие у 66,13% больных туберкулёзным плевритом и алкогольной зависимостью при поступлении в стационар неполноценных типов адаптационных реакций. При неполноценных типах адаптационных реакций в материале пункционной биопсии плевры чаще, чем при полноценных, выявлялись в гранулёмах казеозно-некротические изменения – 58% и 18% случаев соответственно, $p < 0,05$. В процессе лечения у больных с алкогольной зависимостью наблюдалось замедленное восстановление полноценных типов адаптационных реакций, что оказало влияние на исходы стационарного этапа лечения. Выраженные плевральные наложения при выписке из стационара определялись у 16,67% больных.

Ключевые слова: туберкулёзный плеврит, алкогольная зависимость, адаптационные реакции, типы реактивности.

Актуальность. Возникновение, течение и исход любого патологического процесса определяются уровнем гомеостаза и состоянием реактивности организма, которые зависят от уровня энергетических и пластических процессов, иммунобиологических особенностей и функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы организма человека [2, 3]. Неблагоприятные факторы внешней и внутренней среды вызывают возникновение в организме изменения динамического гомеостаза в виде различных адаптационных реакций (АР): реакции стресса (РС), реакции тренировки (РТ), реакции активации (РА) и реакции переактивации (РП) [5, 7]. К полноценным АР относятся РТ и РА, к неполноценным – РС и РП. Кроме того, выделяются неполноценные РТ (НРТ) и неполноценные РА (НРА) [2]. К ним относятся те РТ и РА, которые сопровождаются изменениями гемограммы: лейкоцитозом, лейкопенией, палочкоядерным сдвигом нейтрофилов влево, эозинофилией, токсической зернистостью нейтрофилов, моно-цитозом. Динамическая оценка АР в процессе лечения позволяет определять тип реактивности организма [2]. В литературе имеется ряд публикаций, касающихся характера адаптационных реакций при туберкулёзе лёгких [8, 11], при туберкулёзном плеврите [10]. Злоупотребление алкоголем является фактором, осложняющим течение туберкулёзного процесса и снижающим эффективность лечения [1, 6]. Установлено неблагоприятное влияние табакокурения на состояние гомеостаза у больных туберкулёзом органов дыхания [4]. Однако нет данных о влиянии алкогольной зависимости (АЗ) на состояние реактивности организма больного туберкулёзным экссудативным плевритом.

Цель исследования: оценить по адаптационным реакциям неспецифическую реактивность организма и её влияние на клинико-морфологические проявления туберкулёзного плеврита у больных с алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования.

Дизайн исследования – ретроспективное когортное. Проведён анализ данных историй болезни 62 больных туберкулёзным экссудативным плевритом (ТЭП), находившихся на стационарном лечении в Воронежском областном клиническом противотуберкулёзном диспансере им. Н.С. Похвисневой (ВОКПТД) в 2008-2014 гг., у которых по анамнестическим данным и наркологом было установлено наличие АЗ. Мужчин было 59 (95,16%), женщин – 3 (4,84%). В возрасте 20-30 лет было 17, 31-40 лет – 21, 41-50 лет – 14, 51-60 лет – 9 и в возрасте 71 год – 1 больной. Средний возраст больных составил $37,5 \pm 1,4$ лет. У 55 (88,71%) больных туберкулёз был выявлен впервые, у 7 (11,29%) – являлся рецидивом ранее перенесенного туберкулёза лёгких. ТЭП сочетался с туберкулёзом лёгких у 33 (53,23%) больных, в том числе очаговый туберкулёз установлен у 5 (15,15%), инфильтративный – у 25 (75,76%), милиарный – у 1 (3,03%), диссеминированный – у 1 (3,03%) и казеозная пневмония – у 1 (3,03%) больного. Деструкция лёгочной ткани была выявлена у 14 (42,42%) больных. Больным проводилось стандартное клиничко-рентгенологическое, лабораторное и инструментальное обследование с применением пункционной биопсии париетальной плевры, современных микробиологических и иммунологических методов обследования.

Адаптационные реакции определяли по содержанию в периферической крови лимфоцитов с учётом всей лейкограммы, реактивность организма больных – по динамике АР по Л. Х. Гаркави в модификации Н.А. Браженко [2]. Лечение назначалось согласно Приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109 [9] в стандартных режимах и дозировках лекарственных препаратов с коррекцией режимов химиотерапии в процессе лечения при получении новых данных о лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза (МБТ). Проводились аспирация плеврального экссудата 2-3 раза в неделю до полного прекращения экссудации, патогенетическое и физиотерапевтическое лечение. Оценка результатов стационарного этапа лечения проведена по длительности плевральной экссудации и выраженности плевральных наложений на рентгенограмме на момент выписки больного из стационара.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2010. Для сравнения данных между группами применялся вариационно-статистический метод с использованием критерия Стьюдента. Статистически значимым считалось значение $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение.

Анализ результатов стационарного этапа лечения показал низкий уровень приверженности больных с АЗ к лечению. Больные часто неадекватно относились к своему здоровью, прерывали курс лечения, нарушали больничный режим, продолжали употреблять спиртные напитки. Средняя длительность пребывания всех больных в стационаре составила $102,03 \pm 5,79$ дней. При этом самовольно досрочно ушли из стационара 10 (16,13%) больных, у которых средняя длительность пребывания в стационаре составила $75,30 \pm 16,09$ дней, плевральная экссудация при выписке сохранялась у 1 больного. Выписаны за неоднократное пьянство 21 (33,87%) больной,

средняя длительность пребывания их в стационаре составила $75,48 \pm 7,75$ дней, плевральная экссудация при выписке сохранялась у 4 из них.

Состояние АР у больных ТЭП при поступлении в стационар и в динамике представлено в таблице 1. Из таблицы видно, что при поступлении в стационар крайние типы неполноценных АР (РС и РП) определялись у 12 (19,36%) больных ТЭП с АЗ. В целом, неполноценные типы АР, включая РС, РП, НРА и НРТ определялись у 41 (66,13%) больного, через 1 месяц лечения – у 25 (41,67%), через 2 месяца лечения – у 15 (31,25%) и через 3 месяца – у 6 (20,00%) из 30 оставшихся на лечении больных. Таким образом, в процессе лечения наблюдалось медленное восстановление полноценных типов АР. В целом, на момент выписки больных из стационара, включая выписанных досрочно, у 13 (20,97%) из 62 больных АР оставались неполноценными.

Таблица 1

Состояние и динамика адаптационных реакций у больных ТЭП и АЗ

Тип АР	Число больных / %				
	При Поступлении (n = 62)	Через 1 мес. (n = 60)	Через 2 мес. (n = 48)	Через 3 мес. (n = 30)	При выписке (n = 62)
РС	10 (16,13%)	5 (8,33%)	1 (2,08%)	1 (3,33%)	1 (1,61%)
РТ	7 (11,29%)	7 (11,67%)	8 (16,67%)	4 (13,33%)	6 (9,68%)
РА	14 (22,58%)	28 (46,67%)	25 (52,08%)	20 (66,67%)	43 (69,36%)
НРТ	8 (12,90%)	1 (1,66%)	2 (4,17%)	0	1 (1,61%)
НРА	21 (33,87%)	18 (30,00%)	12 (25,00%)	5 (16,67%)	11 (17,74%)
РП	2 (3,23%)	1 (1,67%)	0	0	0

Установлена зависимость выраженности воспалительного процесса в плевре от типа АР. Так, эпителиоидно-гигантоклеточные гранулёмы в материале пункционной биопсии плевры были выявлены у 37 больных ТЭП, в том числе у 17 больных гранулёмы были с казеозным некрозом, у 20 – без некроза. При неполноценных типах АР наличие казеозного некроза в гранулёмах определено у 15 (57,69%) из 26, при полноценных – у 2 (18,18%) из 11 больных ($t = 2,52$; $p < 0,05$).

Динамическое наблюдение за АР проведено у 60 больных ТЭП с АЗ в связи с выпиской 2 больных из стационара за нарушение режима (употребление алкогольных напитков) к концу первого месяца лечения. Исследования позволили установить наличие 4 из 5 типов реактивности организма. Не было больных с ареактивным типом. Результаты анализа представлены в таблице 2. Из таблицы 2 видно, что адекватная реактивность организма в процессе лечения установлена только у 19 (31,66%) больных, патологические типы – у 41 (68,34%). Высокая частота патологических типов свидетельствует о наличии значительного угнетения реактивности организма у больных ТЭП, злоупотребляющих алкоголем.

Типы реактивности у больных ТЭП и АЗ

Тип реактивности	Число больных	
	абс.	%
Адекватный	19	31,66%
Гиперреактивный	1	1,67%
Гипореактивный	1	1,67%
Парадоксальный	39	65,00%
Ареактивный	0	0
Всего	60	100%

Установлено, что сочетание туберкулёзного плеврита с туберкулёзным процессом в лёгочной ткани не зависело от типа реактивности организма и наблюдалось при адекватном типе у 11 (57,89%) из 19 больных, при патологических типах – у 21 (51,22%) из 41 больного ($t = 0,48$; $p > 0,05$). Однако частота деструкции в лёгких у больных с патологическими типами реактивности была достоверно выше. При адекватном типе деструкция лёгочной ткани при рентгенотомографическом исследовании была установлена у 2 (18,18%) из 11 больных с туберкулёзом лёгких, в то время как при патологических типах реактивности – у 12 (57,14%) из 21 больного, $t = 2,37$; $p < 0,05$.

Значительное снижение реактивности организма у больных ТЭП с АЗ способствовало недостаточной эффективности их лечения – длительно сохранялась плевральная экссудация, формировались выраженные утолщения плевральных листков. Остаточные плевральные изменения представлены в таблице 3. Из таблицы видно, что на момент выписки больных из стационара плевральная экссудация сохранялась у 7 (11,67%) из 60 больных с установленными типами реактивности. Среди этих больных 5 были выписаны за нарушение больничного режима, 1 – переведен на хирургическое лечение, 1 – выписан для продолжения лечения в стационар по месту жительства. У больных с адекватным типом реактивности на момент их выписки из стационара плевральная экссудация не закончилась у 1 (5,26%) больного, с патологическими типами реактивности – у 6 (14,63%) ($t = 1,23$; $p > 0,05$), выраженные остаточные плевральные изменения сформировались у 2 (10,53%) из 19 и у 8 (19,51%) из 41 больных соответственно ($t = 0,94$; $p > 0,05$). В целом, выраженные остаточные плевральные изменения к моменту выписки больных из стационара сформировались у 10 (16,67%) больных.

Установлено, что экссудация в течение 3 и более месяцев лечения сохранялась у 5 (8,06%) больных. У больных с адекватным типом реактивности в результате лечения к моменту их выписки из стационара полости деструкции в лёгких закрылись у всех (2 – 100,0%) больных, в то время как с патологическими типами реактивности – у 10 (83,33%) из 12 больных ($t = 1,48$, $p > 0,05$).

Таблица 3

Состояние реактивности организма и результаты стационарного этапа лечения больных ТЭП и АЗ

Тип реактивности	Частота остаточных плевральных изменений при выписке из стационара			
	малые	умеренные	выраженные	Экссудация сохраняется
Адекватный n = 19	3 (15,79%)	13 (68,42)	2 (10,53)	1 (5,26%)
Гиперреактивный, n = 1	0	0	0	1(100%)
Гипореактивный n = 1	0	1(100%)	0	0 (100%)
Парадоксальный n = 39	5 (12,82%)	21 (53,85%)	8 (20,51%)	5 (12,82%)
Всего n = 60	8 (13,33%)	35 (58,33%)	10 (16,67%)	7 (11,67%)

Таким образом, достоверных различий в длительности плевральной экссудации, формировании остаточных плевральных изменений и закрытии полостей распада в лёгких от типа реактивности организма больного не установлено. Однако высокая частота выраженных остаточных плевральных изменений и длительное сохранение деструкции в лёгких у больных с патологическими типами реактивности диктуют необходимость совершенствования применяемых у них методов лечения с использованием средств, повышающих реактивность организма.

Выводы. У больных туберкулёзным плевритом и алкогольной зависимостью при поступлении в стационар в 66,13% случаев наблюдаются неполноценные типы адаптационных реакций в 68,34% – патологические типы реактивности организма.

Снижение реактивности организма при ТЭП у больных, злоупотребляющих алкоголем, утяжеляет патоморфологические проявления туберкулёзного процесса в лёгких и плевре в связи с выраженностью экссудативно-некротических реакций.

При наличии у больных ТЭП алкогольной зависимости снижается эффективность лечения: плевральная экссудация в течение 3 и более месяцев лечения сохраняется у 8,06% больных, выраженные плевральные наложения при выписке из стационара определяются у 16,67% больных.

Литература.

1. Батыршина Я.Р., Краснов В.А., Петренко Т.И. Результаты лечения туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя и эффективность резекционной хирургии у пациентов с факторами риска неблагоприятных исходов // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2016. – №5. – С. 28-34.
2. Браженко Н.А., Браженко О.Н. Фтизиопульмонология. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 368 с.
3. Браженко Н.А. Туберкулёз органов дыхания: руководство для врачей / под ред. Н.А. Браженко. – СПб. : СпецЛит, 2012. – 368 с.
4. Браженко О.Н., Браженко Н.А., Катичева А.В., Чуйкова А.Г., Браженко А.И. Влияние табакокурения на функциональные показатели лёгких и состояние гомеостаза у больных туберкулёзом органов дыхания // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015. – №5. – С. 46-48.
5. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции организма и резистентность организма. – Ростов н/Д : Изд-во Ростовского университета, 1990. – 224 с.

6. Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н., Шейфер Ю.А., Авласенко В.С. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью у злоупотребляющих алкоголем пациентов – важная проблема современной фтизиатрии // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2015. – №11. – С. 10-15.
7. Иванов В.П., Иванова Н.В., Полоников А.В. Медицинская экология / под ред. В.П. Иванова. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 320 с.
8. Иванова О.Г., Батищева Т.Л., Герасимов П.Н., Бородин Е.Н., Басалюк И.М., Калюжная Е.А. Нарушения адаптационных реакций организма как фактор, оказывающий влияние на течение и исход туберкулёза лёгких // Сибирское медицинское обозрение, 2011. – №6 (72). – С. 87-90.
9. Приказ МЗ РФ от 21 марта 2003 года №109 «О совершенствовании противотуберкулёзных мероприятий в Российской Федерации». – Москва, 2003. – 347 с.
10. Трофимов В.И., Браженко Н.А., Костина З.И., Браженко О.Н. Адаптация, реактивность организма и их влияние на исход экссудативного плеврита // Проблемы туберкулёза и болезней лёгких. – 2003. – №4. – С. 31-34.
11. Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К. Оценка неспецифической реактивности организма по адаптационным реакциям у больных деструктивным туберкулёзом лёгких // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2008. - №6. – С. 18-21.

Abstract

N.A. Stogova

***IMPACT OF ALCOHOL DEPENDENCE TO THE REACTIVITY
OF PATIENTS WITH TUBERCULOUS PLEURISY***

Voronezh State Medical University, dep. of Phthisiology

The influence of alcohol dependence on the state of adaptive reactions and the type of reactivity of the organism in 62 patients with tuberculous exudative pleurisy. Established the presence of 66.13% of patients with tuberculous pleurisy and alcohol dependence at admission inferior types of adaptive reactions. When the defective types of adaptive reactions in the material needle biopsy of the pleura more often than the full was detected in the granulomas caseousnecrotic changes – 58% and 18%, respectively, $p < 0.05$. In the treatment of patients with alcohol dependence was observed a slow recovery of full types of adaptive reactions that have influenced the outcomes of the stationary stage of treatment. Pronounced pleural overlay at discharge from hospital was detected in 16,67% of patients.

Keywords: tuberculous pleurisy, alcohol dependence, adaptive response, types reactivity.

References.

1. Battyshina Ya. R., Krasnov V. A., Petrenko T. I. Results of treatment of tuberculosis with multiple and wide medicinal stability of the activator and efficiency of resection surgery at patients with risk factors of failures// Tuberculosis and pulmonary diseases. – 2016. – No. 5. – P. 28-34.
2. Brazhenko N. A., Brazhenko O. N. Ftiziopulmonologiya. – M.: Publishing center "Akademiya", 2006. – 368 p.
3. Brazhenko N. A. Tuberculosis of respiratory organs: the management for doctors / under the editorship of N. A. Brazhenko. – SPb.: SpecialLitas, 2012. – 368 p.
4. Brazhenko O. N., Brazhenko N. A., Katicheva A. V., Chuykova A. G., Brazhenko A. I. Influence of tobacco smoking on functional indicators of lungs and a condition of a homeostasis at suffering from tuberculosis respiratory organs//Tuberculosis and pulmonary diseases. – 2015. – No. 5. – P. 46-48.
5. Garkavi L. H., Kvakina E. B., Ukolova M. A. Adaptive response of the organism and resistance of the organism. – Rostov n/D: publishing house of Rostov University, 1990. – 224 p.
6. Gelberg I. S., Wolf S. B., Alekso E.N., Sheyfer Yu. A., Avlasenko V. S. Tu-berculosis with multi-drug resistance at the patients abusing alcohol – an im-portant problem of modern phthisiology // Tuberculosis and pulmonary dis-eases. – 2015. – No. 11. – P. 10-15.
7. Ivanov V. P., Ivanova N. V., Polonikov A. V. Medical ecology / under the editorship of V. P. Ivanov. – SPb.: SpecialLitas, 2012. – 320 p.
8. Ivanova O. G., Batishchev T. L., Gerasimov P. N., Borodin E. N., Basalyuk I. M., E.A. Kalyuzhnaya. Violations of adaptation reactions of an organism as the factor exerting impact on a current and an outcome of tuberculosis of lungs//The Siberian medical review, 2011. – No. 6 (72). – P. 87-90.
9. The order Ministry of health Russian Federation of March 21, 2003 N 109 "About improvement of antitubercular actions in the Russian Federation". – Moscow, 2003. – 347 p.

10. Trofimov V. I., Brazhenko N. A., Kostina Z. I., Brazhenko O. N. Adaptation, reactivity of an organism and their influence on an outcome of exudative pleurisy//Problem of tuberculosis and pulmonary diseases. – 2003. – No. 4. – P, 31-34.

11. Ubaydullayev A. M., Tashpulatova F. K. Evaluation of nonspecific reactivity of an organism on adaptation reactions at patients with destructive tuberculosis of lungs//Tuberculosis and pulmonary diseases. – 2008. – No. 6. – P. 18-21.

Сведения об авторе: Стогова Наталья Аполлоновна – профессор кафедры фтизиатрии ВГМУ им.Н.Н. Бурденко, Stogova.51@ mail.ru.