

1. Великая О.В., Провоторов В.М. Острые и хронические бронхолегочный заболевания с хронической HBV-инфекцией// Клиническая медицина. 2005.-Т.83№7- С. 11-15.
2. Великая О.В., Провоторов В.М., Мартышова О.С., Жукова М.С. Определение степени тяжести обострения хронической обструктивной болезни легких для выбора оптимального лечения пациентов.// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011.Т.10.№3. С. 531-535
3. О.С. Мартышова, И.Н. Тимошенко, О.А. Юматова. С.В. Недомолкин. Частота встречаемости никотиновой зависимости у пациентов со специфической патологией органов дыхания.// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2018.Т.17.№4. С. 1028-1030
4. Яблонский П.К., Суховская О.А. // Туберкулез и табакокурение (обзор литературы). Туберкулез и болезни легких. 2012; 12: 51-56.

ФАКТОРЫ РИСКА И ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Гришкова М.Д.

Ярославский государственный медицинский университет
Кафедра фтизиатрии

Хирургическое лечение деструктивного туберкулеза рассматривается в отечественной фтизиатрии как важный метод достижения радикального излечения наиболее сложных больных туберкулезом, когда консервативные методы бесперспективны в плане закрытия каверн. Рецидивы туберкулеза, возникающие у оперированных больных, приводят к сомнениям в эффективности и целесообразности применения данного сложного и дорогостоящего метода лечения. Цель исследования - изучить факторы риска и выявить особенности рецидивов у больных туберкулезом органов дыхания с деструкциями.

Проведено ретроспективное исследование на основании изучения медицинской документации и архива лучевых методов обследования в когорте больных деструктивным туберкулезом легких с рецидивами после операции в 2009-2018гг. В исследование были включены 32 пациента, госпитализированных в ГБУЗ ЯО «Ярославскую областную клиническую туберкулезную больницу» МЗ РФ. В когорте преобладали мужчины 75%, в возрасте 30-49 лет. Отмечено, что при низком удельном весе сельских жителей среди заболевших туберкулезом, среди больных с рецидивами после операции они составляют 34%. Ранние рецидивы у оперированных больных в сроки до 3 лет составили 19% случаев, а поздние более 3 лет после излечения в 81% случаев. Обращает внимание, что развитие рецидивов в преобладающем числе (65% случаев) происходило в сроки более 5 лет. Установлено, что при развитии рецидива у больных наблюдались более тяжелые легочные процессы, по сравнению с исходными формами заболевания. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с рецидивами встречалась в 41% случаев, в том числе множественная и широкая лекарственная устойчивость в 31% случаев, что чаще по сравнению с данными тех же больных на этапе до оперативного лечения. Высокий удельный вес множественной лекарственной устойчивости у больных с рецидивами был ассоциирован с территориальными очагами туберкулеза, выявленных с помощью компьютерного мониторинга очагов. В результате исследования были выделены наиболее важные факторы риска послеоперационных рецидивов туберкулеза, среди них неблагоприятный социальный статус, наличие контактов с больными туберкулезом, нерегулярное наблюдение у фтизиатра. Таким образом, представляется целесообразным использовать индивидуальные сроки наблюдения оперированных пациентов противотуберкулезном диспансере, проведение профилактики контактов по территории и социальная реабилитация больных.

Ключевые слова: туберкулез органов дыхания; деструктивный туберкулез; хирургическое лечение туберкулеза; рецидивы туберкулеза.

Актуальность. Хирургическое лечение больных деструктивным туберкулезом легких с 1960-1970 гг. занимает важное место в Российской фтизиатрии для излечения наиболее

тяжелых больных. Одновременно хирургическое закрытие каверн при туберкулезе рассматривается в качестве противозидемического мероприятия, направленного на комплексное улучшение ситуации по туберкулезу среди населения. В мире имеется неоднозначное мнение по поводу оперативного лечения больных туберкулезом, они не входят в стандарты лечения, предлагаемые ВОЗ. Среди контраргументов хирургического лечения приводятся частые рецидивы заболевания, высокая стоимость лечения и сложность оперативных вмешательств. Хирургическое лечение не является радикальным методом излечения туберкулеза, так как после операции необходимо длительно продолжать противотуберкулезную химиотерапию, что часто сопоставимо с курсом лечения без применения хирургического лечения. Дискуссии вокруг оперативного лечения больных туберкулезом в России и в мире продолжаются. В настоящее время возрастает ценность опыта российских фтизиатров, применяющих хирургическое лечение больных туберкулезом уже более 60 лет. В современной ситуации возникло несколько факторов, повышающих значение хирургического лечения. Во-первых, нарастают сложности проведения эффективной химиотерапии, связанные с ростом числа больных с лекарственной устойчивостью микобактерий, особенно среди больных с деструкциями в легких. Плохая переносимость лечения и полиморбидность пациентов препятствуют проведению стандартных схем противотуберкулезной терапии и резко ограничивают возможности консервативного лечения [1,2]. Во-вторых, все чаще в практике встречаются больные туберкулезом, которые стремятся к наиболее радикальному излечению заболевания, например для сохранения профессии, определенного места работы или снижения рисков заражения детей в семье, планирования деторождения [3]. Необходимо также отметить, что оперативное лечение становится менее травматичным за счет применения высокотехнологичных органосберегающих вмешательств, эндоскопической хирургии. Значимую роль, особенно для молодых больных, сегодня играет эстетический фактор, который также решается за счет современных технологий и отсутствие грубых послеоперационных рубцов повышает приверженность к данному виду лечения. В складывающихся условиях для повышения роли хирургического лечения в излечении больных туберкулезом представляется важным не только обеспечить благоприятный исход операции и непосредственных результатов, но и максимально снизить риск рецидива туберкулеза в отдаленные сроки [4]. В научных публикациях, большинство авторов сходятся в мнении о том, что ведущими причинами рецидивов туберкулеза являются социально-отягощающие факторы [5,6] и особенности морфологических реакций при туберкулезе, указывающие на выраженные альтеративные процессы на момент операции [7]. В то же время, в литературе мало отражена проблема повторных заболеваний именно у оперированных больных туберкулезом. Поэтому изучение послеоперационных рецидивов у больных туберкулезом органов дыхания является актуальной проблемой фтизиатрии, имеющей важное научно-практическое значение.

Цель исследования. Изучить характерные особенности и выделить ведущие факторы риска развития послеоперационных рецидивов туберкулеза органов дыхания.

Материалы и методы исследования. Проведен когортный метод исследования с ретроспективным изучением 32 больных деструктивным туберкулезом легких с рецидивами, госпитализированных в стационар ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая туберкулезная больница» МЗ РФ в 2009-2018 гг. Все больные были с ВИЧ-негативным статусом. Изучена медицинская документация, архив рентгенологического исследования и компьютерные томограммы всех больных. Критериями исключения были ВИЧ-позитивный статус, отрывы от наблюдения с невозможностью оценить результаты лечения через 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди исследуемых больных имелись гендерные особенности с преобладанием мужчин - 24 человека (75%). Женщин было всего 8 человек (25%). Возрастная структура на момент рецидива была следующей: в возрасте 20-29

лет был 1 пациент (3,1%), в возрасте 30-39 лет было 10 пациентов (31,3%), в возрасте 40-49 лет было 15 пациентов (46,9%), в возрасте 50-59 лет было 4 пациента (12,5%), в возрасте 60 лет и старше было 2 пациента (6,2%). По нашим наблюдениям, наиболее часто, у 78% больных рецидивы происходили в возрасте 30-49 лет, что приходится на наиболее трудоспособный возраст.

В ходе исследования, мы обратили внимание, что городских жителей среди всех пациентов было 21 человек (66%), сельских жителей 11 (34%). При сравнении соотношения сельских и городских больных необходимо учитывать тот факт, что доля сельских больных с послеоперационными рецидивами значительно превышала показатель общей численности сельского населения Ярославской области, который в 2009-2018 гг. был менее 20%. По нашим наблюдениям, именно среди сельских жителей было больше проблем по регулярности наблюдения у фтизиатров, что позволяет их отнести к группе повышенного риска по рецидивам туберкулеза после оперативного лечения.

При изучении анамнеза жизни было отмечено, что официальные семьи имели всего 13 пациентов (41%), еще 14 пациентов (44%) поддерживали «неофициальные» и непостоянные семейные связи. Абсолютно одинокими были всего 5 человек (15%). Отсутствие семьи, по нашим наблюдениям, демотивировало больных к стабильному излечению в большинстве случаев. Семейные ценности, забота о здоровье близких, особенно детей, могли выступать в качестве надежной мотивации к регулярному наблюдению и лечению менее чем у половины больных.

Выявлены отягощающие факторы из анамнеза жизни у 78% больных: злоупотребляли алкоголем 23 человека (72%), имели правонарушения и были в местах лишения свободы 11 больных (34%), имел наркотическую зависимость один человек (3%). Не имели перечисленных факторов только 7 человек (22%).

Как отягощающий фактор установлена низкая трудовая занятость больных. Официальное трудоустройство на момент диагностики рецидива туберкулеза имели только 8 пациентов (25%), не имели постоянного места работы 13 пациентов (41%), имели инвалидность и не работали 11 человек (34%). Отсутствие постоянного источника дохода и низкий доход приводили к алиментарному дефициту и хроническому стрессовому состоянию, что способствовало рецидивам туберкулеза у 75% больных. Данные больные не имели мотивацию к излечению и возвращению к труду. Стремление сохранить профессию, рабочее место демонстрировали только 25% оперированных пациентов с развитием рецидивов.

Рассмотрены были сопутствующие заболевания как вероятный фактор риска развития рецидива. Всего на момент выявления рецидива туберкулеза сопутствующие заболевания были установлены у 19 пациентов (60%). В том числе ХОБЛ у 16% больных, хронические заболевания органов системы пищеварения у 19%, другие заболевания, связанные со злоупотреблением алкоголем у 25% больных. Как показали наши наблюдения, самостоятельного влияния на развитие рецидивов данные заболевания не имели.

Одним из значимых факторов риска рецидива туберкулеза по мнению большинства исследователей является недостаточный период предоперационной противотуберкулезной терапии, составляющие менее 2 месяцев. В нашем исследовании сроки лечения до операции составляли до 4 месяцев в 18% случаев (6 больных), 4 - 6 месяцев в 41% случаев (13 больных) и более 6 месяцев в 41% случаев (13 человек). Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных соблюдались сроки и была проведена достаточная противотуберкулезная терапия до оперативного лечения. Данный фактор риска не играл значимую роль в развитии рецидива заболевания у исследуемых больных. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза, как фактор, препятствующий адекватной предоперационной подготовки, на этапах до операции и непосредственно после нее была выявлена только у 5 больных (16%),

что не позволило отнести лекарственную устойчивость микобактерий к факторам риска рецидивов у исследуемых больных.

Изучение структуры форм туберкулеза на момент операции показало, что в основном, у больных наблюдались туберкуломы у 14 человек (44%) и инфильтративный туберкулез у 12 человек (38%). Значительно реже встречались распространенные формы заболевания такие как фиброзно-кавернозный туберкулез у 2 пациентов (6%), казеозная пневмония у 2 пациентов (6%), диссеминированный туберкулез у 2 пациентов (6%). Бактериовыделение в начале курса лечения выявлено у 16 больных (50,0%). Полости распада определялись у 18 больных (56%). На момент выполнения операции бактериовыделение было прекращено у всех больных, что свидетельствует об адекватном проведении химиотерапии как этапа подготовки к оперативному лечению. Таким образом, у оперированных больных имелись достаточно благоприятные ограниченные формы туберкулеза и операция выполнялась в благоприятных условиях с адекватным подавлением микобактериальной популяции.

Больным были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: типичная сегментарная резекция 1-2 сегментов легких 75% случаев, резекция доли легкого 6% случаев, плевропневмонэктомия 6% случаев, торакопластика 6% случаев и поэтапная резекция 2 сегментов обоих легких 6% случаев. Полученные данные говорят о преобладании ограниченных по объему операциях, протекавших без осложнений.

Продолжительность лечения в стационаре после операции у 60% превышала 6 месяцев, у 34% 4-6 месяцев и всего 6% лечились 2-4 месяца. Данные сроки указывают на то, что длительность контролируемой химиотерапии у подавляющего большинства больных была достаточной для последующего достижения стойкого излечения.

Рецидивы туберкулеза возникли до 3 лет после хирургического вмешательства у 19% больных, от 3 до 5 лет у 25% больных и в сроки более 5 лет у 56% больных. Важно отметить, что преобладали поздние рецидивы у 81% больных. Полученные данные подтверждают адекватное проведение химиотерапии в предоперационный и послеоперационный период, что привело к низкой частоте ранних рецидивов.

При выявлении рецидива туберкулеза среди клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез у 50% (16 пациентов), туберкуломы встречались у 25% (8 пациентов), диссеминированный туберкулез у 6% (2 человека), фиброзно-кавернозный туберкулез у 19% (6 человек). Бактериовыделение было выявлено у 66% больных, полости распада в легких определялись у 75% больных. При сравнении с исходными процессами выявлено, что туберкулез при рецидивах протекал тяжелее по формам туберкулеза, распаду легочной ткани, бактериовыделению. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза на этапе рецидива заболевания установлена в 41% случаев, в том числе множественная и широкая лекарственная устойчивость у 31%. Повышение доли больных с лекарственной устойчивостью микобактерий в 2,6 раза является неблагоприятным фактом, которое может свидетельствовать либо о неадекватной химиотерапии во время лечения впервые выявленных больных, либо об экзогенной суперинфекции, которой подвергались больные после выздоровления.

Мы изучили сопряженность регистрации новых случаев лекарственной устойчивости у исследуемых больных с данными картографии очагов туберкулеза на территории с помощью действующей компьютерной программы ИТ-мониторинга эпидочагов. Установлено, что во всех случаях регистрации при рецидивах множественной и широкой лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза больные находились в территориальном контакте с бактериовыделителями лекарственно-устойчивых возбудителей заболевания, совпадающими по спектру. Данное наблюдение показывает важную роль территориальных контактов как фактор риска рецидивов туберкулеза у оперированных больных.

Заключение. На основании проведенного исследования установлено, что для послеоперационных рецидивов туберкулеза органов дыхания характерно неблагоприятное течение, по сравнению с исходным процессом. Наблюдалось ухудшение клинических форм заболевания по сравнению с периодом до оперативного лечения, нарастание частоты и расширения спектра лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, выраженное преобладание поздних рецидивов туберкулеза над ранними. Среди факторов риска послеоперационных рецидивов туберкулеза выделены признаки социального неблагополучия: алкогольная зависимость, пребывание в местах лишения свободы, отсутствие семьи и постоянного трудоустройства. Важным фактором являются территориальные контакты с больными бактериовыделителями с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий.

Практически важным представляется выявленный факт преобладания поздних рецидивов. Повторное заболевание туберкулезом возникало в период, когда пациенты уже были сняты с диспансерного наблюдения у фтизиатра. При этом целесообразным является индивидуальный подход определения сроков наблюдения фтизиатром оперированных больных с учетом социального статуса каждого пациента, объема оперативного вмешательства, характера остаточных изменений в легких и сопутствующих заболеваний. Важно обеспечить мониторинг территориальных контактов оперированных больных с другими больными туберкулезом, выделяющими микобактерии, в плане профилактики экзогенной суперинфекции лекарственно-устойчивыми возбудителями заболевания.

Список литературы:

1. *Валиев Р.Ш., Валиев Н.Р., Иксанов И.Я., и др. Рецидивы после лечения легочного туберкулеза без бактериовыделения в зависимости от вариантов химиотерапии. Туберкулез и болезни легких. 2015;(5):55-56.*
2. *Голованова М.Н., Челнокова О.Г., Ефремов И.А., и др. Результаты IT-мониторинга распространенность лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза на территории Ярославской области в 2011-2018гг. Туберкулез и социально значимые заболевания. 2019;(2):24-28.*
3. *Стерликов С.А., Смердин С.В., Радина Т.С. Полнота регистрации случаев повторного лечения больных туберкулезом и его результаты. Туберкулез и болезни легких. 2014;(12):35-39.*
4. *Гусейнова Г.К., Гиреев Т.Г. Поздние рецидивы у лиц с остаточными туберкулезными изменениями в легких. Туберкулез и болезни легких. 2016;(94(2)):26-28.*
5. *Юдин С.А. Влияние медико-социальных факторов на развитие рецидивов туберкулеза (По данным социологического исследования). Сибирский медицинский журнал. 2013;(8):101-103.*
6. *Сенин А.М., Медвинский И.Д. Особенности рецидивов туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких, 2018;том 96,(10):41-47.*
7. *Елипашев А.А., Никольский В.О., Шириков А.С., и др. Анализ осложнений и рецидивов хирургического лечения больных с ограниченным легочным туберкулезом при разной морфологической активности специфического воспаления. Туберкулез и болезни легких. 2015;(10):20-23.*

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Заплавнова У.Д., Быков В.М.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко
Кафедра фтизиатрии

Подростки являются группой риска по развитию туберкулеза в связи с анатомо – физиологическими особенностями этой возрастной группы. С этим связаны и особенности течения туберкулеза у подростков. Учитывая это, необходимо понимать, какими методами, либо сочетанием методов, наиболее часто выявляется данное заболевание.