

Молдобекова Э.М., Козукеев Т.Б.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РЕАКТИВАЦИИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

E.M. Moldobekova, T.B. Kozukeev

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF TUBERCULOSIS
REACTIVATION**

УДК: 616-002-036.2

В статье рассматриваются частота рецидивов у больных туберкулезом, завершивших полный курс лечения с грифом «вылечен» и формирование очагов туберкулеза. Наиболее мощные очаги туберкулеза установлены среди бомжей, осужденных, больных с рецидивами и больных туберкулезом продолжающих трудовую деятельность.

The frequency of relapse of tuberculosis in patients who have undergone a complete course of treatment assessed as "cured" and the formation of tuberculosis foci are examined in the article. The most powerful foci of tuberculosis were established in homeless people, convicts, relapse patients and tuberculosis patients continuing their employment.

В последние годы появились ряд публикаций, в которых отмечают разительные достижения в лечении больных туберкулезом в связи с переходом на стандарты DOTS [В. А Николаев, 2011; К.А.Закирова, 2012] тогда, как другие констатируют рост частоты реактивации туберкулеза [В.П. Камынин 2012; О.А. Сидоренко, 2012]. Учитывая такие разногласия, мы попытались выяснить, как часто наблюдается реактивация туберкулеза (рецидивы) после проведенного полноценного лечения, а также их влияние на клинические и эпидемиологические аспекты туберкулеза.

Материал и методы. В соответствии с дефинициями ВОЗ [2005] рецидивами считали повторные случаи туберкулеза легких с положительными результатами бактериоскопического и/или культурального исследования мокроты, возникшие у лиц, ранее прошедших полный курс противотуберку-

лезной терапии с исходами «вылечен» Отбор таких больных проведен по историям болезни ГПТБ г. Бишкек

Результаты и обсуждения. С 2009 по 2011 года в ГПТБ было госпитализировано повторно 86, что составило 9,3% к числу больных туберкулезом, выписанных с грифом «вылечен». Мужчин было 65, женщин -21, возраст - от 21 до 36 лет. Первичное лечение закончили более 2-х лет назад 62 (72,1%) пациента, от 2-х до 3-х – 14 (16,3%), от 3-х до 4-х лет -7 (8,1%) и от 4-х до 5 лет – 3 (3,5%). На этом основании им выставлен диагноз «Ранний рецидив туберкулеза» По клиническим формам больные были распределены следующим образом (табл.1): плевриты-28 (32,6%); диссеминированный туберкулез легких - 16 (18,6%); диссеминированный туберкулез легких, осложненный менингитом - 3 (3,5%); туберкулез периферических и внутригрудных л/у- 11 (12,8%); инфильтративный туберкулез легких - 14 (16,3%); казеозная пневмония- 4 (4,7%), нелегочный туберкулез -1 (1,2%).

Первоначальной формой туберкулеза, по поводу которого было проведено эффективное лечение, у 6 (7,0%) больных был очаговый туберкулез и у 80 (93,0%) больных деструктивный туберкулез. Клиническая форма рецидива не зависит от клинической формы первоначального туберкулеза (табл. 1). В случаях деструктивного туберкулеза процесс реактивации наступает раньше – от 2-х до 3-х лет (у 76 больных из 80), тогда как в случаях очагового туберкулеза после 4-х лет (у 5 больных из 6).

Таблица 1

Характеристика больных с реактивацией туберкулеза

Нозология рецидива	Первоначальный диагноз		Первоначальный диагноз					
	число	%	Деструктивный туберкулез		Очаговый туберкулез		Прочие	
			число	%	число	%	число	%
Плеврит	28	32,6	27	96,4	1	3,6	0	0
Диссеминированный ТЛ	16	18,6	15	93,8	1	6,3	0	0
ДТЛ + менингит	3	3,5	3	100,0	0	0,0	0	0
ФКТ	9	10,5	9	100,0	0	0,0	0	0
Туб. внутригрудных л/у	11	12,8	10	90,9	1	9,1	0	0
Инфильтративн.туб. лег.	14	16,3	13	92,9	1	7,1	0	0
Казеозная пневмония	4	4,7	3	75,0	1	25,0	0	0
Внелегочный туб	1	1,2	0	0,0	1	100,0	0	0
Итого	86	100,0	80	93,0	6	7,0	0	0

Из 86 больных с рецидивным туберкулезом в период госпитализации умерло 20 больных, из них от ФКТ - 9, от диссеминированного туберкулеза - 5, от инфильтративного туберкулеза - 4 и казеозной пневмонии - 2. Внутрибольничная летальность составила 23,2%. Непосредственной причиной смерти больных с рецидивами туберкулеза стали: легочно-сердечная недостаточность - у 6 больных, выраженная интоксикация с поли-органными изменениями - у 10, легочное кровотечение - у 4.

Таким образом, реактивация туберкулеза среди лиц, получивших полноценное лечение и считавшихся излеченными по нашим данным, основанных на повторной госпитализации, составляет 9,3% тогда как в других странах варьирует от 16% в Северной Италии [Bandera A., et al., 2001] до 44% в Казахстане [О.А. Сидоренко, 2011].

У большинства больных процесс реактивации реализуется рано через 2-3 года после первичного излечения, протекает интенсивно с выраженными полиорганными изменениями, деструкцией легочной ткани, химиотерапия мало эффективна и сопровождается высоким уровнем больничной летальности (23,2%). Из представленных данных следует, что реактивация туберкулеза после проведенного лечения становится не только очевидной, но и приобретает устрашающие размеры. Реактивация туберкулеза в настоящее время является одной из причин роста числа больных с туберкулезом легких [В.К. Дейкало с соавт., 2011; В.П. Камынин 2011; О.А. Сидоренко, 2011]. Этим самым существенно повышает эпидемиологическую напряженность по туберкулезу: способствует росту заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза.

Каждый больной туберкулезом, выделяющий микобактерии во внешнюю среду, формирует вокруг себя очаг туберкулезной инфекции. Очаг туберкулезной инфекции – это условное понятие, которое включает место основного пребывания больного туберкулезом и его окружение – людей, помещение, обстановку [Богдельникова И. В., Пунга, 2008]. Очаги туберкулеза имеют пространственные и временные границы. В пространственные границы очага входят жилище больного, место его работы, обучения, воспитания, лечения, а также коллективы и группы людей, с которыми он общается постоянно, периодически или временно. Территория очага туберкулеза может распространяться от квартиры, дома больного до небольшого населенного пункта (посёлка, деревни), В КР работа по профилактике туберкулеза ограничиваются очагами семейного туберкулеза, хотя в последнее время стали обращать внимание на высокий уровень экзогенной реинфекции в коллективах закрытых учреждений (тюрьмах). По нашим данным в очагах семейного контакта 41,4% больных являются бактериовыделителями. Среднее число контактных на одного больного составляло 2,4. При таком

раскладе заболеваемость туберкулезом среди контактных лиц составила 5672 на 100 тыс. по сравнению с заболеваемостью остального населения 120 на 100000, т.е. в 47,3 выше. Заболеваемость туберкулезом в местах лишения свободы (1095,3 на 100 тыс.), превышает заболеваемость гражданского населения (95,1 на 100 тыс.) в 10,9 раза. Как видно из представленных материалов не меньшую опасность представляют очаги туберкулеза из числа больных с рецидивами туберкулезом. Для выявления таких очагов необходимо увеличить сроки диспансеризации до 10 лет и в отчетах состояние таких больных показывать отдельной строкой.

При изучении структуры госпитализированных больных мы обратили внимание, на малочисленность больных, которые, несмотря на заболеваемость туберкулезом, продолжают работать. Такие больные предпочитают амбулаторное лечение, следовательно, с ними контактируют как члены семьи, так и члены коллектива, лица общественного транспорта, кинотеатров и других зрелищ. Это группа больных составляет самый мощный очаг туберкулеза и потому по эпидемиологическим соображениям лечение таких больных должна проходить стационарно.

Частота экзогенной реинфекции зависит от распространённости туберкулеза в регионе, чем больше резервуар туберкулезной инфекции, тем больше вероятность экзогенной реинфекции [Cacho J., et al, 2007]. В КР особого внимания в эпидемиологическом плане заслуживает г. Бишкек и Чуйская область. В этих регионах заболеваемость туберкулезом превышает предел (30 случаев на 100 тыс.) более чем в 3-4 раза.

На роль экзогенной суперинфекции в патогенезе туберкулеза указывает и рост первичной лекарственной устойчивости. В КР на устойчивость микобактерий проводят только в Чуйской области и г. Бишкек. Согласно последним оценкам ВОЗ в мире в 11,1% случаев впервые выявленного туберкулеза обнаружен возбудитель с лекарственной устойчивостью к любому из противотуберкулезных препаратов [European Centre...2011]. Исходя из этих данных, в республике более 600 человек являются пожизненными бациловыделителями устойчивых форм микобактерий.

В настоящее время эпидемиологический контроль в очагах туберкулеза рекомендуется проводить по вспышкам туберкулеза [CDC. Prevention., 2006] Под вспышкой понимают возникновения вне семейного очага, то есть вне дома, двух или более случаев заболевания туберкулезом с эпидемиологическими связями в течение одного года». Данное определение было выработано на научно-практической конференции «туберкулез лёгких» в Wolfheze в июне 2008 г. [Kuyvenhoven J. Y., Cobeiens F. G., 2009].

Выявление и изоляция больного активным туберкулезом от здоровых лиц позволяет прервать

воздушно-капельный путь передачи инфекции, однако в связи с высокой устойчивостью микобактерий туберкулёза к факторам внешней среды и длительным периодом выживания микроба требуется предотвратить также и воздушно-пылевой путь передачи инфекции, что особенно актуально в условиях закрытых помещений [CDC. Prevention and Control...2006]. Прерывание воздушно-пылевого пути передачи инфекции осуществляется мерами санитарной профилактики, проводимыми в очагах туберкулёзной инфекции согласно приложению № 1 к Приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109, проводятся дезинфекционные мероприятия в виде текущей и заключительной дезинфекции. Текущая дезинфекция в виде влажной уборки помещений, сквозного проветривания, обеззараживания посуды и остатков пищи, предметов личного пользования, а также обеззараживания мокроты осуществляется в окружении больного с момента его выявления, а заключительную дезинфекцию проводят после каждого убытия больного из очага на длительный срок, но не реже одного раза в год. Согласно приказу № 109, текущую дезинфекцию организует и контролирует противотуберкулёзная служба, а осуществляют больной и члены его семьи. Периодический контроль над её качеством проводит эпидемиолог.

В заключение отметим, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу обострилась во всех странах мира. В частности, в Кыргызстане на фоне снижения заболеваемости туберкулезом формируется ситуация очередного эпидемиологического всплеска новой формации, для которого характерны высокий уровень деструктивных и осложненных форм легочного туберкулеза, интенсивное формирование резервуара резистентных микобактерий к противотуберкулезным препаратам, высокий уровень реактивации туберкулеза после

излечения. Из числа взятых на учет в отдельных регионах умирает каждый десятый. К такому эпидемиологическому взрыву медицинская общественность не готова.

Литература:

1. Аксенова К.И. Проблема профилактики туберкулеза у взрослых // Туберкулез и болезни легких, Изд.дом «Нью ТЕРРА», 2012, №2.- С3-12.
2. Богдельникова И. В., Пунга В. В. Медико-санитарное просвещение больных и их родственников. Организация противотуберкулёзной помощи на муниципальном этапе // Пробл. туб. 2008. - № 5. - С. 54-65.
3. ВОЗ. Практические рекомендации для национальных программ по борьбе с туберкулезом по внедрению и использованию комбинированных противотуберкулезных препаратов с фиксированными дозами. [Текст] / ВОЗ, Женева, 2005. - 85 с
4. Дейкало, В.К. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Брестской области [Текст] / В.К. Дейкало, Л.И. Левчук, А.Г. Пуховский, М.А. Кисель // Туберкулез и болезни легких. - Москва, 2011. - № 4. - С. 121-122.
5. Закирова К.А. Современная эпидемиологическая ситуация и организационные аспекты совершенствования профилактики туберкулеза в республике Таджикистан // Дис. док мед. - Москва.- 2012.- с. 273.
6. Камынин, В.П. Анализ распространенности туберкулеза органов дыхания в г. Кисловодске за период 2006-2010 гг. // Туберкулез и болезни легких. Москва, 2011. - № 4. - С. 179.
7. Николаев В.А. Медико-социальные аспекты заболеваемости населения туберкулезом органов дыхания на муниципальном уровне и пути ее профилактики в современных условиях // Дисс. ... канд. мед. Наук.- Воронеж.-2011. 183 с.
8. Сидоренко О. А. Рецидивы туберкулеза в период внедрения стратегии ДOTS // Дисс. ... канд. мед. наук.- Алматы.- 2011, 126 с

Рецензент: д.м.н., профессор Усманов Р.К.