

Эффективность лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких в сочетании с хроническими вирусными гепатитами, на примере Республики Саха (Якутия)

Николаев Афанасий Аркадьевич, Находкин Илья Ильич

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета, Якутск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Гуляева Надежда Андреевна, Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета, Якутск

Введение

Наличие множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза многократно повышает риск неэффективного лечения. Медикаментозные гепатотоксические реакции идут более существенным повреждением органов гепато-билиарной системы, чем у неинфицированных вирусных гепатитов больных. Это обусловлено суммационным эффектом неблагоприятного влияния вирусной инфекции или постинфекции и противотуберкулезных препаратов. Это приводит к снижению приверженности пациентов к лечению и формированию химиорезистентности *M. tuberculosis* и резкому снижению эффективности лечения.

Цель исследования

изучить эффективность лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких в сочетании с хроническими вирусными гепатитами на примере РС(Я).

Материалы и методы

В ходе исследования были проанализированы 80 историй болезней больных с туберкулезом легких – из них 40 пациентов имеют сопутствующие хронические вирусные гепатиты В, С, Д (далее группа №1) и 40 пациентов не имели данной сочетанной патологии (далее группа №2 - контрольная группа).

Результаты

при анализе лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам в группе №1 МЛУ выявлена в 90% случаях и ШЛУ (широкая лекарственная устойчивость) в 7,5%. Во второй группе в 77,5% случаев МЛУ и ШЛУ в 10%. Выбор режима противотуберкулезной химиотерапии в обеих группах предпочтение отдается IV режиму химиотерапии (100% случаев), который включает в себя пиразинамид, канамицин/амикацин или капреомицин, протионамид/этионамид, этамбутол и пиразинамид. Бактериовыделение МБТ было выявлено в первой группе в 85%, а во второй группе в 87,5% случаях. Прекращение бактериовыделения в первой группе началось через 2 месяца у 20% пациентов, а во второй группе 62,5%. При этом минимальный срок перехода из МБТ(+) в МБТ(-) составил для группы №1 – 2 месяца, а для группы №2 – 10 дней. Прекращение бактериовыделения в 1 группе произошло у 26(76%) человек из 34 бактериовыделителей, а во 2 группе у 30(85%) человек из 35. У 29 пациентов 1 группы были полости распада, из них закрылись только у 13 пациентов (44%). Во 2-ой группе у 25 пациентов и закрытие полостей распада произошло у 15 пациентов (60%). Рассасывание инфильтрации в первой группе произошло у 24 (60%), а во второй группе у 38 пациентов (95%). В группе №1 больным ввиду обострения, сопутствующего ХВГ были уменьшены в 1,5-2 раза суточной дозы противотуберкулезных препаратов, также у некоторых больных временно прекращены прием препаратов до нормализации печеночных трансаминаз.

Выводы

При сравнительном анализе эффективности лечения лекарственно устойчивого туберкулеза легких в сочетании с хроническими вирусными гепатитами и без них, закрытие полостей распада было меньше в первой группе на 33% и прекращение бактериовыделения на 26%.