

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Валюхова Д.К., Бутько В.А., Михайлова О.В.

*Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра фтизиопульмонологии, г. Минск*

Ключевые слова: рифампицин-устойчивый туберкулез, абациллирование, эффективность лечения, множественная лекарственная устойчивость, широкая лекарственная устойчивость.

Резюме: в статье освещаются данные о эффективности лечения пациентов с рифампицин-устойчивым туберкулезом легких в зависимости от сроков прекращения бактериовыделения. Выявлена связь между спектром лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза и сроками прекращения бактериовыделения.

Resume: the article describes data on the treatment of patients with rifampicin-resistant pulmonary tuberculosis, depending on the timing of the onset of bacterial excretion. A relationship was found between the spectrum of drug sensitivity of *Mycobacterium tuberculosis* and the timing of the cessation of bacterial excretion.

Актуальность. Распространение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза является серьезной проблемой общественного здравоохранения. Несмотря на то, что благодаря принимаемым мерам по профилактике и борьбе с туберкулезом с 2015 года по 2019-й в РБ на 45% снизился показатель смертности населения от туберкулеза (с 4 до 2,2 на 100 тыс.), за указанный период на 35,3% увеличился удельный вес пациентов с множественным лекарственно-устойчивым туберкулезом (с 54,7% до 74%). Лекарственно-устойчивый туберкулез является причиной примерно одной из трех смертей, обусловленных инфекциями, устойчивыми к противомикробным препаратам — больше чем любое другое лекарственно-устойчивое инфекционное заболевание [1].

Цель: оценить эффективность лечения пациентов с рифампицин-устойчивым туберкулезом легких на основании анализа сроков прекращения бактериовыделения по данным лабораторных методов исследования.

Задачи: 1. Провести клинико-рентгенологическое сопоставление характера туберкулёзного процесса у пациентов, выделяющих рифампицин-устойчивые штаммы микобактерий; 2. Проанализировать динамику бактериовыделения по данным микроскопии и посева мокроты у пациентов с туберкулёзом органов дыхания разного спектра лекарственной чувствительности.

Материалы и методы. В ходе исследования были проанализированы истории болезней 91 пациента с рифампицин-устойчивыми формами туберкулеза легких, находившихся на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в период с 2016 по 2020 годы. Пациенты в зависимости от спектра лекарственной чувствительности возбудителя делились на 4 группы: 1-я – пациенты с МЛУ, 2-я – пре-ШЛУ (МЛУ+Ofx/Lfx/Mfx), 3-я – пре-ШЛУ (МЛУ+Km/Am/Cm), 4-я – ШЛУ. Эффективность лечения больных в 4-х исследуемых группах оценивалась по срокам прекращения бактериовыделения по данным микроскопического и культурального

методов диагностики. Датой абацеллирования считалась дата получения первого отрицательного результата бактериоскопии и (или) посева мокроты [3].

Результаты и их обсуждение. В исследуемых группах было 24 женщины, средний возраст которых составил 39 ± 14 лет, и 67 мужчин, средний возраст которых составил 47 ± 14 лет. Во всех четырех группах преобладали пациенты с инфильтративным туберкулезом легких: в 1-ой – 80%, во 2-ой – 86%, в 3-й – 85%, в 4-ой – 58%. Встречались так же фиброзно-кавернозный, диссеминированный туберкулез, казеозная пневмония, очаговый туберкулез и туберкулома (рис. 1).

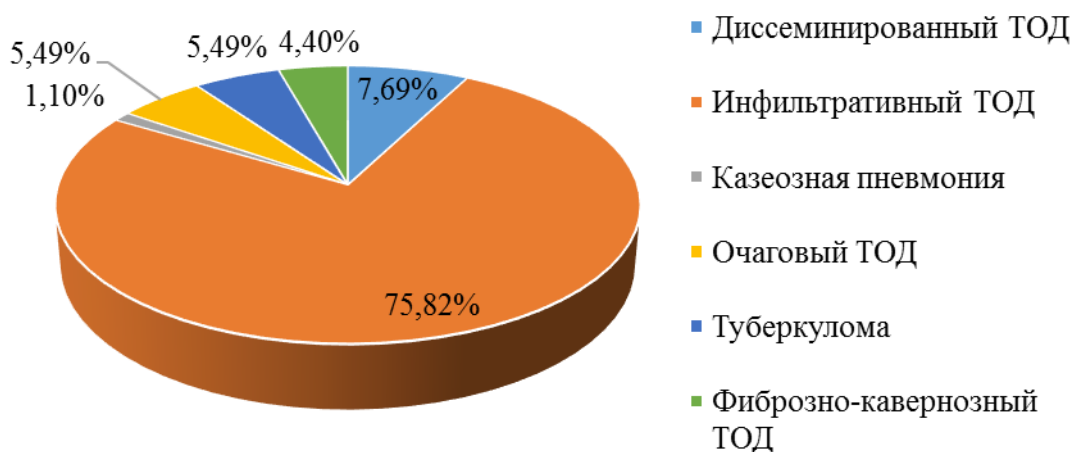


Рис. 1 – Клинико-рентгенологический характер туберкулёзного процесса у пациентов, выделяющих МЛУ микобактерии туберкулёза

К 1-ой группе относилось 40 пациентов, что составляет 44% от общей выборки. Среднее значение периода от начала лечения до прекращения бактериовыделения по группе составило 33 дня (1,07 месяца). На первом месяце лечения бактериовыделение прекратилось у 67,5% из группы, на втором – 15%, на третьем – 7,5%, на пятом – 2,5%. У 3 пациентов (7,5%) из группы на момент исследования бактериовыделение сохранялось.

Ко 2-ой группе относилось 7 пациентов, что составляет 7,7% от общей выборки. Среднее значение периода от начала лечения до прекращения бактериовыделения по группе составило 43 дня (1,4 месяца). На первом месяце лечения бактериовыделение прекратилось у 28,6%, на втором – 14,3%, на третьем – 14,3%, на четвертом – 14,3%. У 1 пациента (14,3%) из группы на момент исследования бактериовыделение сохранялось. Один пациент умер по причине туберкулеза (14,3%).

В 3-й группе насчитывалось 20 пациентов, что составляет 22% от общей выборки. Среднее значение периода от начала лечения до прекращения бактериовыделения по группе составило 1,25 месяца. На первом месяце лечения бактериовыделение прекратилось у 55%, на втором – 20%, на третьем – 5%, на пятом – 5%, на шестом – 5%. У 1 пациента (5%) из группы на момент исследования бактериовыделение сохранялось, 1 пациент (5%) умер от туберкулёза.

В 4-ой группе было 24 пациента, что составляет 26,4% от общей выборки. Среднее значение периода от начала лечения до прекращения бактериовыделения по группе составило 54 дня (1,8 месяца). На первом месяце лечения бактериовыделение прекратилось у 33,3 % из группы, на втором – 33%, на третьем – 8%, на четвертом – 4%, на пятом – 8%. У 1 пациента (4%) из группы на момент исследования бактериовыделение сохранялось. Один пациент умер по причине туберкулеза (4%).

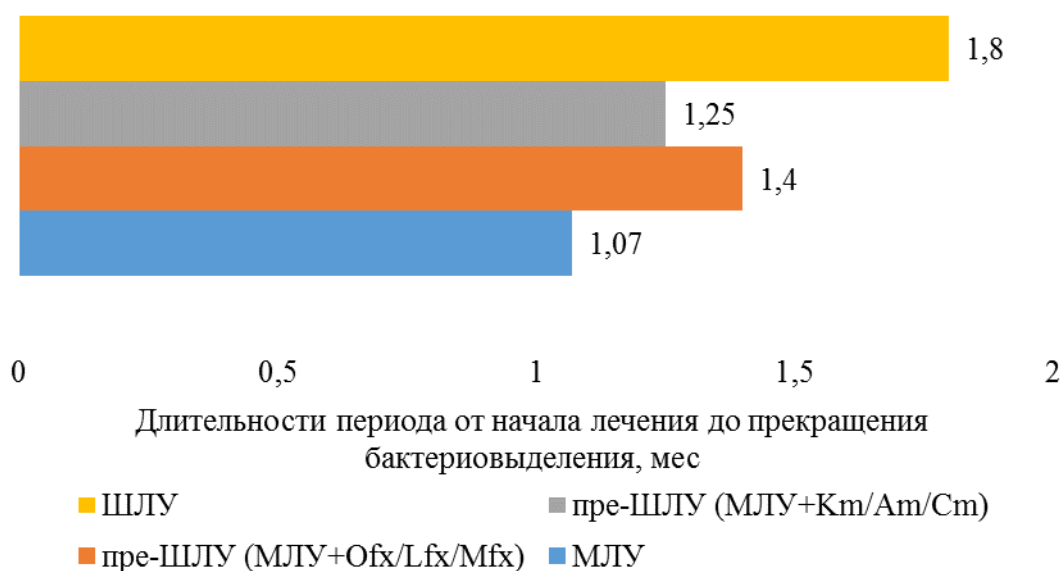


Рис. 2 – Среднее значение длительности периода от начала лечения до прекращения бактериовыделения по группе

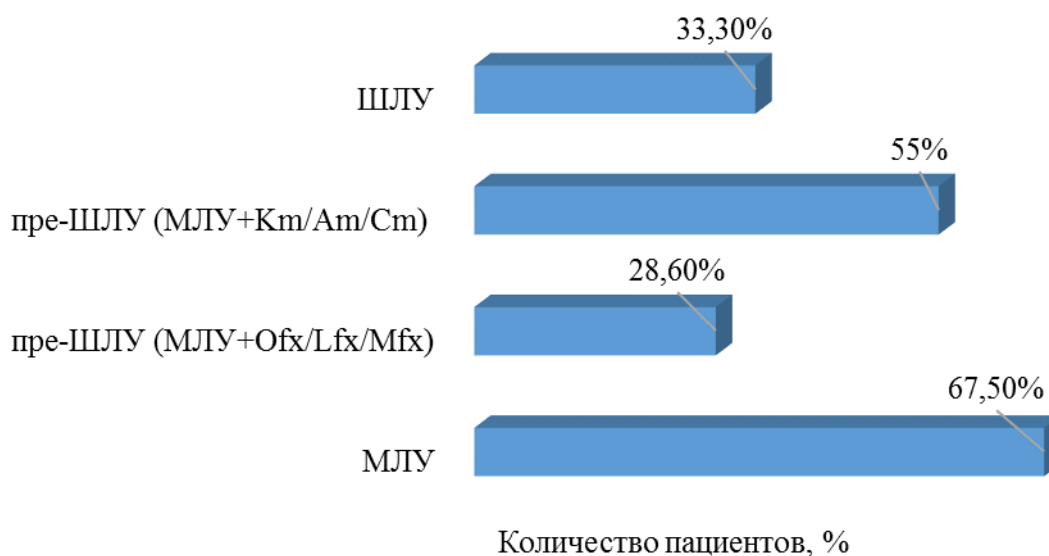


Рис. 3 – Количество пациентов с прекращением бактериовыделения на первом месяце в сравниваемых группах

Выводы: 1. В структуре клинических форм рифампицин-устойчивого туберкулеза органов дыхания в сравниваемых группах преобладал инфильтративный туберкулез и составил в 1-ой группе – 80%, во 2-ой – 86%, в 3-й – 85%, в 4 –ой- 58% от

общего числа пациентов, что говорит об отсутствии зависимости между клинико-рентгенологическим характером туберкулёзного процесса органов дыхания и характером лекарственной чувствительности микобактерий туберкулёза; 2. Анализ динамики бактериовыделения по данным микроскопии и посева показал, что в первой группе на первом месяце лечения прекращение бактериовыделения отмечалось в 67,5% случаев, во второй у 28,6%, а в третьей группе за этот период негативация мокроты наблюдалась у 55%, в четвертой группе наблюдалось лишь у 33,3% пациентов. Из полученных данных можно сделать вывод, что частота и сроки прекращения бактериовыделения зависят от спектра лекарственной чувствительности возбудителя, при нарастании спектра снижается эффективность проводимой химиотерапии и увеличиваются сроки негативации мокроты.

Литература

1. Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулезом на период после 2015 г. (Доклад Секретариата ВОЗ). Режим доступа:http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/protivotuberkuleznaya_slujba/B134_12-ru.pdf. – Дата доступа: 10.12.2021.
2. Дауров, Р. Б. Эффективность химиотерапии у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя при раннем назначении резервных химиопрепаратов: дис. кан. мед. наук : 14.01.16 / Р. Б. Дауров. – Москва, 2011. – 26 с.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с туберкулезом (взрослое, детское население)», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 04.04.2019.