

Эффективность организации лечения туберкулеза у впервые выявленных пациентов в возрасте 18—25 лет

ГУЗ "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России, 305041, Курск

Цель: изучить эффективность организации лечения туберкулеза у впервые выявленных пациентов (возраст 18—25 лет) в современных условиях. В основную группу (n = 406) вошли больные туберкулезом, выявленные с 2003 по 2010 г. в г. Курске, в возрасте 18—25 лет. В 1-ю контрольную группу (n = 349) включили больных туберкулезом, выявленных с 1995 по 2002 г. в г. Курске, в возрасте 18—25 лет, во 2-ю (n = 310) — больных туберкулезом, выявленных с 2003 по 2010 г. в г. Курске, в возрасте 26—35 лет. Дизайн исследования: когортное, сравнительное, ретроспективное. Установлено, что в настоящее время туберкулез у впервые выявленных пациентов в возрасте 18—25 лет отличается значительным снижением частоты первичного туберкулеза и плеврита наряду с повышением заболеваемости малыми формами. Однако у молодых людей часто встречаются признаки туберкулеза бронха, аномалии развития бронхолегочной системы, признаки иммунодефицита, которые могут способствовать возобновлению или прогрессированию процесса, что не отражено в стандартах химиотерапии и не учитывается практическими врачами. Это приводит к появлению ранних рецидивов и развитию лекарственной устойчивости. Низкий социальный статус, слабые реабилитационные программы также способствуют рецидиву туберкулеза у молодых людей. Заключение. Предложено закрепить в стандартах химиотерапии нормы о продлении фазы продолжения лечения на 2—4 мес в возрасте 18—25 лет, подключать к диспансерному наблюдению пульмонолога и терапевта по окончании основного курса лечения, разработать индивидуальные реабилитационные программы для конкретного молодого человека с привлечением к их реализации работников социальных служб, ввести государственные программы повышения социального статуса молодых больных.

Ключевые слова: туберкулез; молодые пациенты.

THE EFFECTIVENESS OF ORGANIZATION OF TREATMENT OF TUBERCULOSIS IN PRIMARILY DIAGNOSED PATIENTS AGED 18-25 YEARS

A.Yu. Chernikov, L.G. Zemlyanskikh

The Kursk state medical university Minzdrav of Russia, 305041 Kursk, Russia

The article considers the effectiveness of organization of treatment of tuberculosis in primarily diagnosed patients aged 18-25 years. The main group included 406 patients aged 18-25 years with tuberculosis primarily diagnosed in 2003-2010 in Kursk. The first control group included 349 patients aged 18-25 years with tuberculosis primarily diagnosed in 1995-2002 in Kursk. The second control group included 310 patients aged 26-35 years with tuberculosis diagnosed in 2003-2010 in Kursk. The study design covered such technical approaches as cohort study, comparative analysis and retrospective mode. It is established that nowadays tuberculosis in primarily diagnosed patients aged 18-25 years is characterized by significant decrease of rate of primarily tuberculosis and pleurisy along with increase of morbidity of minor forms. However, in young people are often diagnosed the symptoms of tuberculosis of bronchus, anomalies of development of bronchial system, signs of immunodeficiency, which can promote the recommencement or even progression of process. This possible situation has no mentioning in standards of immunotherapy and practical physicals pay no attention to it. Hence appearance of early relapses and development of drug resistance. The lower social status, inefficient rehabilitation programs also promote relapse of tuberculosis in young people. It is proposed to introduce into standards of chemotherapy the norms concerning prolongation of treatment phase for 2-4 months in the age of 18-25 years and to involve into dispensary monitoring pulmonologist and therapist after main course of treatment is over. The second proposal is to develop personal rehabilitation programs for individual youth involving to their implementation the workers of social services and to introduce public programs of promotion of social status of young patients.

Key words: tuberculosis; young patients.

После вступления в силу приказов Минздрава России № 109 от 21.03.03 и № 50 от 13.02.04 объем и длительность лечения больного туберкулезом стали определяться сроком прекращения бацилловыделения и наличием лекарственной устойчивости [6]. Однако ранее фтизиатры учитывали и другие факторы: возраст пациента, распространенность процесса, присутствие сопутствующих заболеваний, социальную адаптацию. Так лечение впервые выявленных молодых пациентов (возраст 18—25 лет) иногда продолжалось более 12 мес,

поскольку у этих больных, несмотря на нередкую быструю положительную динамику, часто имеет место неблагоприятный фон, способствующий прогрессированию заболевания [1]. А именно возможное наличие иммунодефицита или аномалий развития респираторного тракта, первичных форм болезни, пораженного туберкулезом бронха [2, 7]. Все это способствует развитию раннего рецидива, порой клинически более тяжелого, чем при первичном выявлении заболевания у данного больного [4]. В качестве средств борьбы с этими явле-

ниями рекомендовали значительное удлинение сроков основного курса лечения, назначение патогенетической терапии, проведение реабилитационных мероприятий [1]. С 2003 г. принято решение разделять курс лечения на интенсивную фазу с использованием 4 препаратов в течение 2 мес и фазу продолжения с назначением 2 препаратов на протяжении 4 мес [6]. Таким образом, курс лечения сводился к 6—8 мес при благоприятной лабораторной динамике независимо от возраста [5]. Однако в современной повседневной клинической практике стали отмечаться рост уровня заболеваемости (в Курской области на 17,1%) и более частое появление рецидивов у молодых пациентов в возрасте 18—25 лет [3], что подтолкнуло нас к изучению данного явления.

Цель исследования: изучить эффективность организации лечения туберкулеза у впервые выявленных пациентов в возрасте 18—25 лет в современных условиях.

Основную группу составили 406 больных туберкулезом, выявленных с 2003 по 2010 г. в г. Курске, в возрасте 18—25 лет (молодые взрослые по определению ВОЗ) (средний возраст 22 ± 2 года). Из них 311 (76,6%) мужчин и 95 (23,4%) женщин. Профессиональный состав: студенты — 226 (55,6%), учащиеся техникумов и профессиональных училищ — 52 (12,8%), работающие — 76 (18,7%), частные предприниматели — 19 (4,7%), неработающие — 30 (7,4%), инвалиды — 3 (0,8%). В 1-ю контрольную группу вошли 349 больных туберкулезом, выявленных с 1995 по 2002 г. в г. Курске, в возрасте 18—25 лет (средний возраст 20 ± 4 лет). Из них 288 (82,5%) мужчин и 61 (17,5%) женщины. Профессиональный состав: студенты — 141 (40,4%), учащиеся техникумов и профессиональных училищ — 33 (9,5%), работающие — 39 (11,2%), частные предприниматели — 34 (9,7%), неработающие — 100 (28,7%), инвалиды — 2 (0,5%). Во 2-ю контрольную группу включили 310 больных туберкулезом, выявленных с 2003 по 2010 г. в г. Курске, в возрасте 26—35 лет (средний возраст 29 ± 3 года). Из них 228 (73,5%) мужчин и 82 (26,5%) женщины. Профессиональный состав: студенты — 25 (8,1%), работающие — 126 (40,6%), частные предприниматели — 32 (10,3%), неработающие — 114 (36,8%), инвалиды — 13 (4,2%).

Проводили клиническое, лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое, эндоскопическое, функциональное обследование. Компьютерную томографию органов грудной клетки выполнили в основной группе у 91,2% пациентов, в 1-й контрольной — у 35,6%, во 2-й — у 62,4%. Минимальный срок диспансерного наблюдения составил 2 года. Кратность обследования определялась приказом Минздрава России № 109 от 21.03.03 в основной и 2-й контрольных группах и приказом Минздравмедпрома России № 324 от 22.11.1995 в 1-й контрольной группе. Соблюдение кратности обследования в группах составило 74,4, 71,8, 65,1%. У пациентов с рецидивами туберкулеза проводили анкетный опрос с целью выявления социальных предпосылок реактивации. Дизайн исследования: когортное, сравнительное, ретроспективное.

Для статистической обработки использовали пакет прикладных программ Statistica 8.0 для Windows. Рассчитывали следующие статистические величины: вероятность события P (в процентах), 85% доверительный интервал для вероятности события I_p ($P \pm I_p$); критерий Фишера—Снедекера (F) (на основе методики ANOVA для биномиальных переменных) для сравнения трех групп; критерий z для сравнения качественных переменных (аналог t -критерия Стьюдента) в двух группах;

уровень значимости p (статистически значимым считался $p < 0,05$), коэффициент корреляции ϕ для дихотомических данных.

При профилактическом осмотре в основной группе туберкулез выявили у 76,4 \pm 3% пациентов, в 1-й контрольной — у 64,3 \pm 3,6%, во 2-й — у 51,6 \pm 4,1% ($p < 0,05$). Распределение по формам туберкулеза представлено в табл. 1.

Отметили исчезновение первичного туберкулеза и снижение частоты плеврита в основной группе в сравнении с 1-й контрольной ($p < 0,05$), вместе с тем зафиксировали рост уровня заболеваемости малыми формами (очаговая, инфильтративная), преобладание которых в структуре заболеваемости наряду с большей долей профилактического выявления отличает основную группу от 2-й контрольной ($p < 0,05$).

Различия в количестве бацилловыделителей не достигает статистической значимости: 50,8 \pm 3,5, 53,8 \pm 3,8, 57,7 \pm 4% ($p > 0,05$). Лекарственная устойчивость к одному препарату такова: 31,1 \pm 3,3, 15,7 \pm 2,8, 39,9 \pm 4% ($p < 0,05$). Налицо тенденция к нарастанию доли лекарственноустойчивых бацилловыделителей среди молодых пациентов в возрасте 18—25 лет. Полости распада установили у 42,1 \pm 3,5, 40,2 \pm 3,8, 60,1 \pm 4% ($p < 0,05$). Отметили их преобладание во 2-й контрольной группе ($p < 0,05$). Симптомы аномалий и пороков развития бронхолегочной системы обнаружили у 36,5 \pm 3,5, 31,4 \pm 3,6, 12,2 \pm 2,7% ($p < 0,05$). Рентгенологические и эндоскопические признаки перибронхиального и эндобронхиального туберкулеза бронха выявили у 41,4 \pm 3,5, 47,1 \pm 3,8, 20,1 \pm 3,3% ($p < 0,05$). Лабораторные признаки иммунодефицита таковы: снижение уровня CD4 — у 4,9 \pm 1,5, 5,4 \pm 1,7, 1,6 \pm 1% ($p < 0,05$), нарушение фагоцитоза — у 0,8 \pm 0,6, 0,8 \pm 0,7, 1,8 \pm 1,1% ($p > 0,05$). Таким образом, у молодых пациентов основной и 1-й контрольной групп по сравнению со взрослыми пациентами 2-й контрольной группы гораздо чаще встречаются симптомы туберкулеза бронха, порочного развития дыхательного тракта, нарушения Т-клеточного звена иммунитета.

На курение указали 63,4 \pm 3,4, 75,2 \pm 3,3, 81,2 \pm 3,2% пациентов, на частое употребление спиртных напитков — 24,5 \pm 3,1, 33,1 \pm 3,6, 56,6 \pm 4,1%, на употребление наркотиков — 14,3 \pm 2,5, 5,4 \pm 1,7, 21,8 \pm 3,4%. Дефицит массы тела установили у 21,2 \pm 2,9, 41,2 \pm 3,8, 12,3 \pm 2,7%, ожирение — у 14,6 \pm 2,5, 15,2 \pm 2,8, 9,2 \pm 2,4%. Структура сопутствующих заболеваний представлена в табл. 2.

В основной группе в сравнении с 1-й контрольной наблюдали снижение количества больных с дефицитом

Таблица 1

Клинико-рентгенологические формы туберкулеза в основной и контрольных группах, % ($P \pm I_p$)

Форма туберкулеза	Основная группа ($n = 406$)	Контрольная группа	
		1-я ($n = 349$)	2-я ($n = 310$)
Первичные формы	0	2,6 \pm 1,2	0
Очаговая	38,9 \pm 3,5	27,8 \pm 3,5	19,7 \pm 3,2
Инфильтративная	44,6 \pm 3,6	31,8 \pm 3,6	30,3 \pm 3,8
Диссеминированная	12,8 \pm 2,4	18,3 \pm 3,0	23,9 \pm 3,4
Казеозная пневмония	0,8 \pm 0,6	1,2 \pm 0,8	3,9 \pm 1,6
Туберкулома	1,2 \pm 0,8	1,7 \pm 1,0	16,5 \pm 3,0
Фиброзно-кавернозная	0,5 \pm 0,5	0,8 \pm 0,7	3,9 \pm 1,6
Плеврит	1,2 \pm 0,8	15,8 \pm 2,8	1,8 \pm 1,1

Таблица 2

Сопутствующие заболевания в основной и контрольных группах, % (P±1_σ)

Сопутствующее заболевание	Основная группа (n = 406)	Контрольная группа	
		1-я (n = 349)	2-я (n = 310)
Сахарный диабет	15,6±2,6	16,4±2,9	1,3±0,9
Язвенная болезнь желудка	11,1±2,2	10,6±2,4	20,1±3,3
Хронический бронхит	23,1±3,0	24,5±3,3	54,3±4,1
Бронхиальная астма	12,1±2,3	13,0±2,6	10,8±2,5
Ревматические заболевания	4,6±1,5	5,4±1,7	1,2±0,9
Носительство вирусного гепатита В и С	31,6±3,3	12,2±2,5	40,8±4,0
ВИЧ-инфекция	11,8±2,3	6,5±1,9	12,2±3,0

массы тела и нарастание числа носителей вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции, потребителей наркотиков ($p < 0,05$). В сравнении со 2-й контрольной группой установили преобладание пациентов с сахарным диабетом и более низкое количество тех, кто страдает хроническим бронхитом ($p < 0,05$).

В основной и 2-й контрольной группах использовали следующие режимы химиотерапии: I, ПА, ПБ, III, IV. В основной группе назначили III режим — в 40,2±3,5%, во 2-й контрольной — в 24,8±3,5% ($p < 0,05$). Средний срок лечения в 1-й контрольной группе был наиболее длительным: 7±2, 11±3, 8±2 мес ($p < 0,05$). По своей инициативе лечение прервали 12,3±2,3, 24,1±3,3, 35,4±3,9% пациентов. Результаты лечения не имели достоверных отличий: прекращение бациллообразования — у 49,8±3,6, 50,6±3,9, 48,4±4,1% ($p > 0,05$); рубцевание полости — у 35,6±3,4, 38,6±3,7, 39,8±4% ($p > 0,05$). Ранние рецидивы туберкулеза установили у 26,7±3,2, 14,6±2,7, 15,8±3% больных ($p < 0,05$), из них с лекарственной устойчивостью — у 13,5±2,4, 12,1±2,5, 11,2±2,6% ($p < 0,05$). Выявили высокую корреляционную связь между сокращенным сроком лечения и развитием раннего рецидива $\phi = 0,71$ ($p < 0,05$). Таким образом, преобладание рецидива специфического процесса в основной группе над таковым в 1-й контрольной в большей степени связано с более ранним переводом в III группу учета (минуя II группу учета) и сокращением сроков лечения.

При анкетировании всех пациентов с рецидивами ($n = 143$) из основной и 1-й контрольной групп установили, что не получали санаторного лечения 81,1%, не нашли постоянную работу или потеряли работу 49,6%, не имели собственных средств к существованию 29,4%. Таким образом, низкий социальный статус и недостаточные реабилитационные программы для современных пациентов в возрасте 18—25 лет также способствуют рецидиву туберкулеза.

Заключение

В настоящее время туберкулез у впервые выявленных молодых пациентов в возрасте 18—25 лет отличается значительным снижением частоты первичного туберкулеза и плеврита наряду с повышением уровня заболеваемости очаговыми и инфильтративными формами. Преобладание малых форм в структуре заболеваемости приводит к превалированию III режима химиотерапии на срок 6 мес. Наличие признаков перибронхиального

и эндобронхиального поражения бронха, склонного к длительному малосимптомному течению, аномалий и пороков развития бронхолегочной системы, лабораторных и клинических признаков иммунодефицита не находит отражения в современных стандартах химиотерапии и не учитывается практическими врачами, что приводит к появлению ранних рецидивов, которые в свою очередь нередко сопровождаются лекарственной устойчивостью. Низкий социальный статус, слабые реабилитационные программы также способствуют развитию рецидива туберкулеза у молодых индивидуумов.

Важным практическим шагом в организации противотуберкулезной помощи впервые выявленным молодым пациентам в возрасте 18—25 лет стали бы закрепление в стандартах химиотерапии нормы о продлении фазы продолжения лечения на 2—4 мес, коррекция возможного иммунодефицита, подключение к диспансерному наблюдению пульмонолога и терапевта по окончании основного курса химиотерапии для контроля за сопутствующей бронхолегочной патологией, разработка персональных реабилитационных программ и санаторных курсов лечения, более активное участие в реабилитационных мероприятиях работников социальных служб, введение государственных мер финансовой и продовольственной поддержки, а также принятие государственной программы повышения социального статуса этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Н.К., Жингель И.П., Малютина И.В. и др. Руководство по детскому туберкулезу. М.: Оверлей; 2008.
2. Борисова Н.К. Рентгенодиагностика аномалий и пороков развития органов грудной клетки у детей и подростков. М.: РМАПО; 2003.
3. Кириченко Ю.Н., Коломиец В.М. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и инвалидность в Курской области. Вестник Российской академии естественных наук. 2010; 1: 87—94.
4. Коломиец В.М. Рецидивы туберкулеза органов дыхания (предупреждение и реабилитация вторичного туберкулеза). Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава; 2009.
5. Мякишева Т.В., Мишин В.Ю. Впервые выявленный туберкулез легких у больных молодого возраста с различным характером лекарственной устойчивости возбудителя. Туберкулез и болезни легких. 2011; 5: 66—7.
6. Перельман М.И., ред. Фтизиатрия: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
7. Смурова Т.Ф., Ковалева С.И. Туберкулез и сахарный диабет. М.: Медицинская книга; 2007.

REFERENCES

1. Borisova N.K., Zhingel' I.P., Maljutina I.V. et al. A guide to children's tuberculosis. Moskva: Overlej; 2008 (in Russian).
2. Borisova N.K. X-ray diagnosis of abnormalities and malformations of the chest in children and adolescents. Moskva: RMAPO; 2003 (in Russian).
3. Kirichenko Ju.N., Kolomiec V.M. Epidemiological situation on tuberculosis and disability in the Kursk region. Vestnik rossijskoj akademii estestvennyh nauk. 2011; 1: 87—94 (in Russian).
4. Kolomiec V.M. The relapses of tuberculosis of the respiratory organs (prevention and rehabilitation of secondary tuberculosis). Kursk: GOU VPO KGMU Roszdrava; 2009 (in Russian).
5. Mjakisheva T.V., Mishin V.Ju. The first time detected pulmonary tuberculosis in the young patients with different nature of drug resistance. Tuberkuljoz i bolezni ljogkih. 2011; 5: 66—7 (in Russian).
6. Perelman M.I., ed. Phthisiatriya: The national manual. Moskva: GEOTAR-Media; 2007 (in Russian).
7. Smurova T.F., Kovaljova S.I. Tuberculosis and diabetes mellitus. Moskva: Meditsinskaya kniga; 2007 (in Russian).

Поступила 08.04.13