

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ МИКОБАКТЕРИЯМИ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

А. С. Борзенко, С. Г. Гагарина

Кафедра фтизиопульмонологии ВолГМУ

Настоящее исследование проведено с целью оценки результатов лечения больных туберкулезом легких с бактериовыделением в Волгоградской области в 2004–2005 гг. и анализа этих результатов в зависимости от чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. Эффективность лечения больных лекарственно-устойчивым туберкулезом достоверно ниже по сравнению с больными с сохраненной чувствительностью возбудителя.

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная устойчивость.

EFFICACY OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DRUG-RESISTANT M.TUBERCULOSIS IN THE VOLGOGRAD REGION

A. S. Borzenko, S. G. Gagarina

Abstract. The present study was undertaken to assess the results of treatment of the patients with pulmonary tuberculosis with bacterioexcretion in the Volgograd region in 2004–2005 to analyze the results in terms of sensitivity of *Mycobacterium tuberculosis* to the anti-tuberculosis drugs. Efficiency of treatment in patients with drug-resistant tuberculosis is significantly less in comparison with the patients with retained sensitivity of causative agent.

Key words: pulmonary tuberculosis, drug-resistance.

Несмотря на значительный успех в диагностике и лечении, туберкулез остается одним из наиболее распространенным инфекционным заболеванием. В Российской Федерации эпидемическую обстановку по туберкулезу следует оценивать в настоящее время как весьма напряженную. При этом все более широкое распространение получает туберкулез, вызываемый штаммами микобактерий, устойчивыми к действию противотуберкулезных препаратов [6,7].

Стандартный курс химиотерапии, использующий сочетание основных противотуберкулезных препаратов (ПТП), является неэффективным для лечения пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (ЛУТЛ) [3, 4, 5]. Схема химиотерапии таких больных должна быть изменена как можно раньше с включением резервных ПТП. Эффективность терапии при лекарственной резистентности микобактерий туберкулеза (МБТ) достоверно хуже, чем при сохраненной чувствительности возбудителя [1].

В условиях сложившейся эпидемической ситуации по туберкулезу особенно тяжелым стал контингент больных стационара [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эффективность химиотерапии больных лекарственно-резистентным туберкулезом легких по сравнению с больными лекарственно-чувствительным туберкулезом.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в Областном противотуберкулезном диспансере (ВОКПД), являющимся клинической базой Волгоградского государственного медицинского университета. В исследование включены больные туберкулезом органов дыхания с подтвержденными культуральным методом данными о лекарственной чувствительности МБТ.

Заболеваемость туберкулезом легких в различных социальных группах проанализирована по историям болезни больных, находившихся на стационарном лечении в ВОКПД в 2004–2005 гг. Разработана и использована специализированная учетная форма для сбора данных о больных ЛУТЛ.

Основную группу (1 группа) образовали 165 больных, имеющих ЛУТЛ. Больные основной группы были сгруппированы в подгруппы на основании характера лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ (см. табл.).

В подгруппу 1.1 включены 92 (55,8 %) впервые выявленных больных с первичной ЛУ МБТ, которые до проведения культурального исследования мокроты, установившего резистентность МБТ к ПТП, не получали специфической терапии или получали ее менее месяца (согласно критерию ВОЗ). Подгруппу 1.2 составили 73 (44,2 %) больных с вторичным (приобретенным) характером ЛУ МБТ, развившейся в процессе химиотерапии.

Таблица

**Характер лекарственной устойчивости МБТ
больных основной группы**

Характер ЛУ МБТ	Подгруппы больных					
	Первичная ЛУ (подгруп- па 1.1)		Вторичная ЛУ (подгруп- па 1.2)		Всего	
	боль- ных	%	боль- ных	%	боль- ных	%
Монорези- стентность	43	46,7	22	30,1	65	39,4
Полирези- стентность	32	34,8	28	38,4	60	36,4
Множествен- ная резистент- ность	17	18,5	23	31,5	40	24,2
Всего	92	100	73	100	165	100

Пациенты данной подгруппы выделяли в начале лечения чувствительные МБТ, ставшие резистентными через несколько месяцев неэффективной химиотерапии.

В контрольную группу (2 группа) включены 123 больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких (ЛЧТЛ). Выделены две подгруппы: 106 (86 %) впервые выявленных больных (подгруппа 2.1) и 17 (14 %) больных, ранее состоявших на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях (подгруппа 2.2).

Всем больным проводилось комплексное обследование. Для определения лекарственной резистентности МБТ использованы автоматизированная система ВАСТЕС-960 и методика полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Лечение больных включало этиотропную противотуберкулезную терапию, коллапсотерапию, эндобронхиальные вливания, ингаляции, а также патогенетическую терапию и лечение сопутствующих заболеваний. Химиотерапия проводилась согласно рекомендациям Приложения № 6 к приказу МЗ РФ от 21.03.2003 года №109. Результаты исследования обработаны методами математической статистики с применением программного обеспечения (MS Excel, Statistica) и специализированной базы данных.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Проведен мониторинг эффективности лечения больных основной и контрольной групп, а также в выделенных подгруппах в зависимости от характера ЛУ возбудителя.

Значимость различий частот снятия симптомов интоксикации в группах больных ЛУТЛ и ЛЧТЛ ($\varphi = 29,86$) существенно выше, чем в группах с первичной и вторичной ЛУ МБТ ($\varphi = 19,59$, при $\varphi_{0,05} = 1,64$). Самые высокие показатели отмечены в группе больных ЛЧТЛ – 116 из 119 больных

(97,5 %) не имели симптомов интоксикации при выписке из стационара, а среди больных ЛУТЛ – 135 из 154 (87,7 %). Самые низкие показатели получены в группе больных с вторичной ЛУ – только у 56 из 72 больных (77,8 %) удалось ликвидировать интоксикационный синдром, при первичной ЛУ – у 79 из 82 (96,3 %). У 54 из 60 больных (90 %) с монорезистентностью МБТ при выписке не наблюдалось симптомов интоксикации, у больных с полирезистентными штаммами МБТ показатели практически аналогичные – 51 из 57 (89,5 %), но они достигнуты в более поздние сроки; самые низкие показатели в группе больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) МБТ – 30 из 37 больных (81,1 %). У основной части больных с сохраненной лекарственной чувствительностью МБТ симптомы интоксикации ликвидированы в течение двух месяцев, с наличием резистентности МБТ – значительно позже (6 месяцев и более).

В результате стационарного этапа лечения прекращение бактериовыделения (по бактериоскопии мокроты) было достигнуто у 106 из 165 (64,2 %) больных с ЛУ МБТ, в том числе у 71 из 92 (77,1 %) больных с первичной ЛУ и у 35 из 73 (47,9 %) больных с вторичной ЛУ ($p < 0,001$). В контрольной группе данный показатель составил 88,6 % – 108 из 123 больных. Среди больных, оставшихся бактериовыделителями к окончанию 6 месяцев, дальнейшее лечение в стационаре привело к абацилированию при ЛЧТЛ лишь в 0,8 % случаев (12 человек), а при ЛУТЛ – в 10,9 % случаях (18 человек). Для абацилирования больных ЛУТЛ необходима более длительная интенсивная фаза химиотерапии.

Самый высокий показатель абацилирования наблюдается у больных с монорезистентностью МБТ – 72,3 % (47 больных), самый низкий – у больных с МЛУ – 52,5 % (21), и 63,3 % (38) среди больных с полирезистентностью. Динамика абацилирования мокроты по бактериоскопии в различных группах больных отражена на рис. 1.

Положительная рентгенологическая динамика (прекращение визуализации деструкции легочной ткани, подтвержденное рентгено-томографией легких) в группе больных ЛУТЛ составила 16,8 % (26 из 155 больных деструктивным туберкулезом), в том числе 28,6 % (24 из 84) среди больных с первичной резистентностью МБТ и 2,8 % (2 из 71) среди больных с вторичной ЛУ МБТ ($\alpha < 0,001$). В контрольной группе закрытие полостей распада отмечено у 39,3 % (42 из 107) ($\alpha < 0,001$).

Самые высокие показатели прекращения визуализации деструкции легочной ткани в группе больных с полирезистентностью – 14 из 57 больных (24,6 %), возможно за счет большей длительности госпитализации и преобладания инфильтративных форм туберкулезного процесса в данной группе. Самые низкие рентгенологические показатели у больных с МЛУ возбудителя –

всего лишь у 3 из 34 больных (8,8 %) удалось до-

биться положительных результатов.

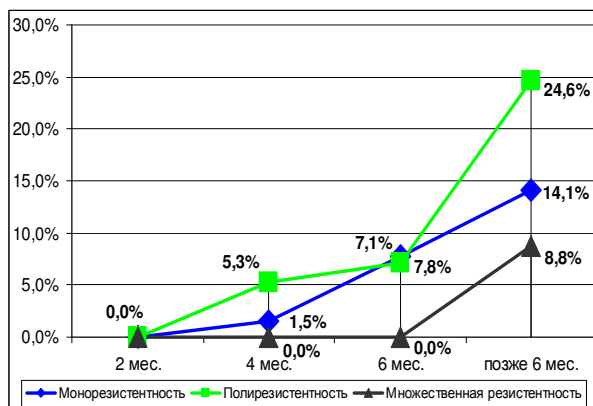
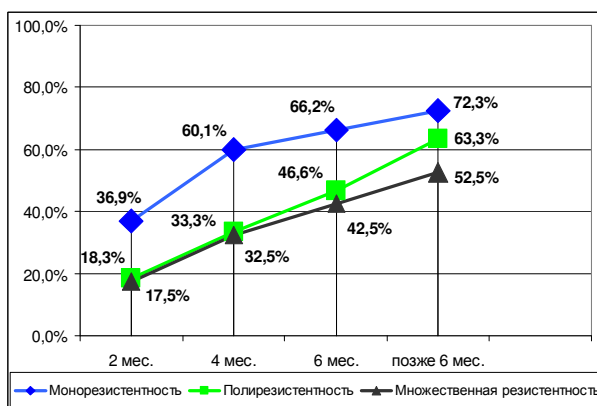
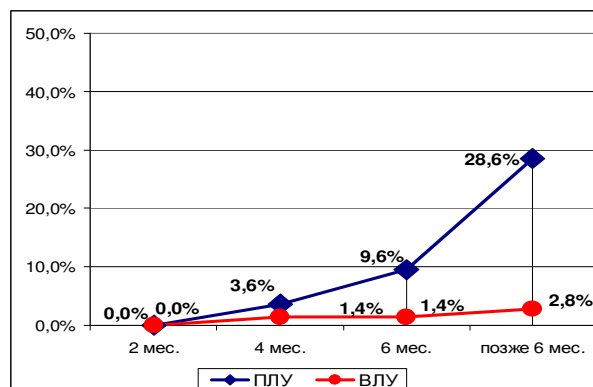
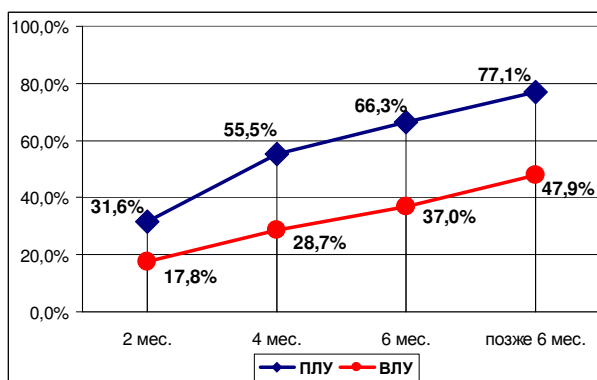
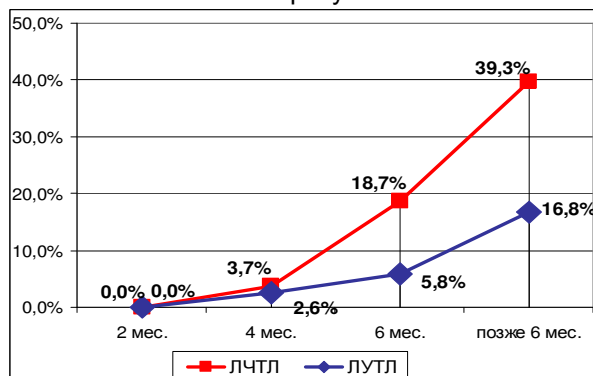
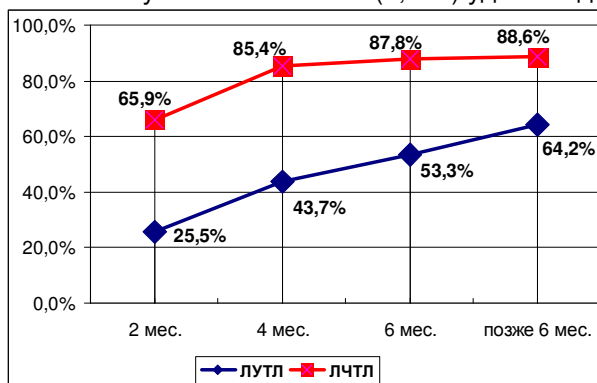


Рис. 1. Динамика абацилирования мокроты в исследуемых группах больных (%)

Рис. 2. Динамика закрытия деструкции в исследуемых группах больных (%)

Больные с монорезистентностью занимают промежуточное положение – показатель закрытия распада составил 14,1 % (9 из 64 больных), что в 1,7 раза хуже по сравнению с аналогичным показателем в группе больных с полирезистентностью МБТ. Это может быть объяснено более короткими сроками стационарного лечения и преждевременной выпиской 40 % больных за нарушение больничного режима, преобладающие формы туберкулезного процесса у больных с монорезистентностью МБТ – диссеминированная и фиброзно-кавернозная. Динамика закрытия полостей деструкции в легочной ткани в различных группах больных от-

ражена на рис. 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Лекарственная резистентность МБТ замедляет динамику исчезновения интоксикационного синдрома у больных туберкулезом легких;

2. Показатели абацилирования и закрытия полостей деструкции достоверно лучше в группе больных лекарственно-чувствительным туберкулезом легких по сравнению с группой больных лекарственно-устойчивым туберкулезом ($t = 5,186$ и $t = 4,262$, $p < 0,001$). Показатель абацилирования лучше в 1,4 раза, закрытия полостей распада – в 2,3 раза при сохраненной чувствительности МБТ;

3. Изучаемые показатели достоверно выше

(24)

среди больных с первичной резистентностью МБТ по сравнению с группой больных с вторичной устойчивостью ($t = 3,997$ и $t = 5,067$, $p < 0,001$). Показатель абацилирования в 1,6 раза лучше в группе больных с первичной резистентностью, а показатель закрытия полостей деструкции – в 10,2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А. Эффективность химиотерапии больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 40 с.

2. Гольянова К. И., Жерненко В. В., Малмыгина О. И. и др. // Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 243.

3. Мишин В. Ю. // Пульмонология. – 2001. – № 4. – С. 40–46.

4. Мишин В. Ю. // Матер. VII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 257.

5. Хоменко А. Г., Чуканов В. И., Корнеев А. А. // Проблемы туберкулеза. – 1996. – № 6. – С. 42–44.

6. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2004 году. – М.: Фолиум, 2005. – 108 с.

7. Шилова М. В. // Проблемы туберкулеза. – 2005. – № 6. – С. 3–10.

УДК 616.5–002.2:615.851

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

И. Н. Иванова, В. И. Русинов
Кафедра дерматовенерологии ВолГМУ

Авторы разработали анкету относительно психотерапии больных кожными заболеваниями для психологов, психотерапевтов и психиатров. Обсуждается модель психотерапии дерматологических больных.

Ключевые слова: кожные болезни, анкета, психотерапия.

PROBLEMS OF ORGANIZATION OF PSYCHOTHERAPEUTICAL AID OF THE PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES

I. N. Ivanova, V. I. Rusinov

Abstract. The authors present the questionnaire regarding psychotherapy of the dermatological patients for psychologists, psychotherapists, psychiatrists. The model of psychotherapy of patients with skin diseases is discussed.

Key words: skin diseases, questionnaire, psychotherapy.

В том что, дерматологические больные нуждаются в психологической (психотерапевтической) помощи, уверены практически все врачи дерматологи [1, 2, 3, 4, 5]. Но не совсем ясно, кто должен оказывать такую помощь больным, страдающим хроническими дерматозами, и где для этого созданы условия. Для ответа на этот вопрос мы разработали анкету для психологов, психиатров и психотерапевтов. В анкету вошли 10 вопросов, отражающих отношение данных специалистов к дерматологическим больным, организации психотерапевтической помощи пациентам с различными заболеваниями кожи. На вопросы анкеты отвечали 105 психиатров, психотерапевтов, психологов из областной психиатрической больницы № 2, психиатрических и наркологических диспансеров г. Волгограда. Анкетирование было анонимным и добровольным.

На первый вопрос: "На Ваш взгляд, нуждаются ли больные хроническими заболеваниями кожи в психотерапевтической помощи?" 105 специалистов (100 %) ответили: "Да".

На второй вопрос: "Возьметесь ли Вы за лечение дерматологического больного, если Вас об этом попросят?" 9 специалистов (8,57 %) ответили: "Да"; 89 специалистов (84,76 %) ответили: "Нет"; 7 специалистов (6,67 %) ответили: "Затрудняюсь ответить".

На третий вопрос: "Считаете ли Вы дерматологических больных заразными, опасными для окружающих?" 87 специалистов (82,86 %) ответили: "Да"; 5 специалистов (4,76 %) ответили: "Нет"; 13 специалистов (12,38 %) ответили: "Затрудняюсь ответить".

На четвертый вопрос: "Считаете ли Вы возможным лечение дерматологических в психотерапевтических группах, включающих невротических пациентов?" 3 специалиста (2,86 %) ответили: "Да"; 97 специалистов (92,38 %) ответили: "Нет"; 5 специалистов (4,76 %) ответили: "Затрудняюсь ответить".

На пятый вопрос: "Приходилось ли Вам отказывать в помощи дерматологическим больным?" 44 специалиста (41,90 %) ответили: "Да"; 57 спе-