Медико-социальная и клиническая характеристика больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулёза в Республике Таджикистан

Б.У. Салихов, О.И. Бобоходжаев, У.Ю. Сироджидинова, Ф.Р. Шарипов
Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии

В статье изучены особенности медико-социальных, клинических характеристик и результаты лечения 203 больных с туберкулёзом лёгких с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза (МЛУ ТБ) за период с 2009 по 2012гг.

Преобладающее большинство заболевших в возрасте от 25 до 44 лет (65,5%) – люди молодого трудоспособного возраста. У 203 (100%) больных с МЛУ ТБ процесс был в фазе распада, у 106 (52,2%) обследованных деструктивные изменения имелись в обоих лёгких. Отмечается сочетание устойчивости к противотуберкулёзным препаратам I и II ряда, что указывает на наиболее тяжёлый характер резистентности, сложно поддающейся лечению и реабилитации.

Проведение эффективного лечения и диспансерного наблюдения осложняется особенностью социального портрета больного с туберкулёзом: трудовые мигранты – в 20,2% случаев, в 15,8% – пребывание в пенитенциарных учреждениях, и в 43,6% – больные не имели постоянного места работы.

Ключевые слова: туберкулёз лёгких, заболеваемость, множественная лекарственная устойчивость

Актуальность. Туберкулёз занимает особое место среди, так называемых, социально-обусловленных болезней [1,2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулёза (МЛУ ТБ) было от 220 000 до 400 000 среди всех случаев заболевания ТБ, зарегистрированных в мире в 2011 году. Около 60% этих случаев приходятся на Бразилию, Российскую Федерацию, Индию, Китай и Южную Африку [3]. Динамика показателей заболеваемости населения туберкулёзом в Республике Таджикистан в период 1991-2010гг. характеризовалась быстрыми темпами роста, т.е. более чем в 2 раза (с 38 до 82,7 на 100 000 населения) [4]. За прошедшее десятилетие проблема МЛУ ТБ приобрела особую актуальность. Большинство фтизиатров считают распространение МЛУ ТБ одной из основных причин низкой эффективности лечения и высокой смертности от туберкулёза [5,6]. Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), который характеризуется резистентностью как минимум к двум основным противотуберкулёзным препаратам (ПТП – «Рифампицин» и «Изониазид»), является проблемой во многих странах мира [7,8]. Значительная часть пациентов с ТБ принадлежит к социально-уязвимым группам населения, таким как трудовые мигранты, лица с наркотической зависимостью и заключённые [9].

Первое исследование теста на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) проведено в Республике Таджикистан в пилотных районах г.Душанбе и района Рудаки в 2008-2009 гг., в результате МЛУ ТБ среди новых случаев выявлена в 16,8%, среди ранее лечившихся – в 61%. Второе исследование ТЛЧ на уровне страны было проведено в 2010-2011 гг. МЛУ ТБ среди новых случаев выявлена в 13%, а среди ранее лечившихся – в 54% случаев [4,9].

В связи с вышеизложенным, является актуальным изучение особенностей медико-социальной характеристики и результатов химиотерапии больных с МЛУ ТБ для дальнейшей разработки комплексных мероприятий по повышению эффективности лечения больных данной категории.

Цель исследования: изучить особенности медико-социальных и клинических характеристик больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулёза лёгких.

Материал и методы. В данной работе представлены результаты лечения и диспансерного наблюдения 203 пациентов с 2009 по 2010 гг. (проанализированы результаты интенсивной (ИФ) и поддерживающей фаз лечения, данные диспансерного наблюдения прослежены до 25.12.2012г.). В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №324 от 25. 05. 2009 г. «О внедрении лечения больных с множественно лекарственно-устойчивыми формами туберкулёза в Республике Таджикистан» и инструкцией «По ведению больных с множественно лекарственно-устойчивыми формами туберкулёза в пилотных районах Республики Таджикистан», разработанной рабочей группой Министерства здравоохранения в соответствии с рекомендацией ВОЗ в 2009 г.

Все больные получали стандартные схемы химиотерапии противотуберкулёзными препаратами, основанные на результатах теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) к противотуберкулёзным препаратам (ПТП) I и II ряда с учётом веса пациента, сопутствующих заболеваний и переносимости препаратов. Стандартная схема химиотерапии противотуберкулёзными препаратами II ряда, включала следующие ПТП (протионамид или этионамид, циклосерин, ПАСК, один из фторхиналонов: офлоксацин, левофлоксацин или моксифлоксацин, и один из инъекционных ПТП: капреомицин, канамицин или амикацин), а также в схему лечения добавлялся ПТП I ряда (пиразинамид). Полный курс лечения составлял 24 месяца, в зависимости от результатов микроскопии мокроты и бактериального посева на микобактерии туберкулёза. Интенсивная фаза лечения составляла от 6 до 12 месяцев, поддерживающая – от 12 до 18 месяцев.

Использовались также журнал регистрации, истории болезни и медицинские карты лечения больных туберкулёзом.

Обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере в операционной системе Microsoft Windows XP, с помощью приложения Microsoft Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. За период исследования в Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и грудной хирургии в отделение для больных с МЛУ ТБ, при анализе данных выявленных больных с МЛУ ТБ, госпитализированы всего 203 человека: в 2009 г.– 51 больной, в 2010 г. – 152, что свидетельствует о сохраняющейся тенденции к возрастанию лекарственно-устойчивых форм туберкулёза лёгких. Изучены возрастно-половая, медико-социальная и клиническая характеристики больных туберкулёзом органов дыхания с МЛУ ТБ.

По половому составу среди выявленных преобладают мужчины – 128 человек (63,4%). На рисунке 1 приведено распределение больных по возрасту (как среди женщин, так и у мужчин).

Как показывают данные рисунка, преобладающее большинство (65,5%) заболевших в возрасте от 25 до 44 лет – люди молодого трудоспособного возраста.

При анализе факторов риска развития туберкулёза установлено, что трудовые мигранты мужского пола среди больных МЛУ ТБ составили 20,2% (n=41) (средний возраст от 19 до 28 лет). При оценке семейного положения, одинокие лица, или холостые, составили 48,3% (n=98), разведённые – 20,2% (n=41), состояли в браке – 31,5% (n=64). Больных с МЛУ ТБ среди городских жителей составили 109 (53,7%), сельских – 94 (46,3%).

При оценке социальных особенностей больных с МЛУ ТБ обращало на себя внимание то, что большая часть лиц трудоспособного возраста не работала – 43,6%, рабочие составили 32,7%, доля служащих – 14,9%, студенты и пенсионеры – по 8,9%, соответственно. У 32 (15,8%) в анамнезе – пребывание в учреждениях пенитенциарной системы, из этого

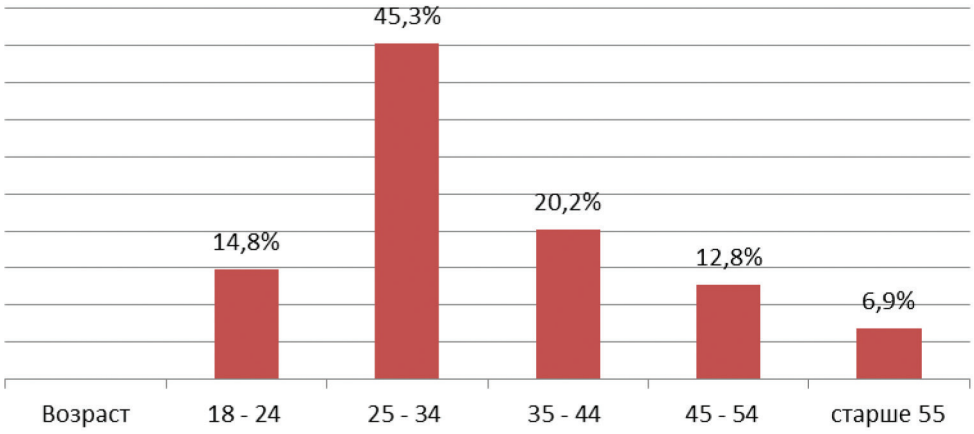

РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ

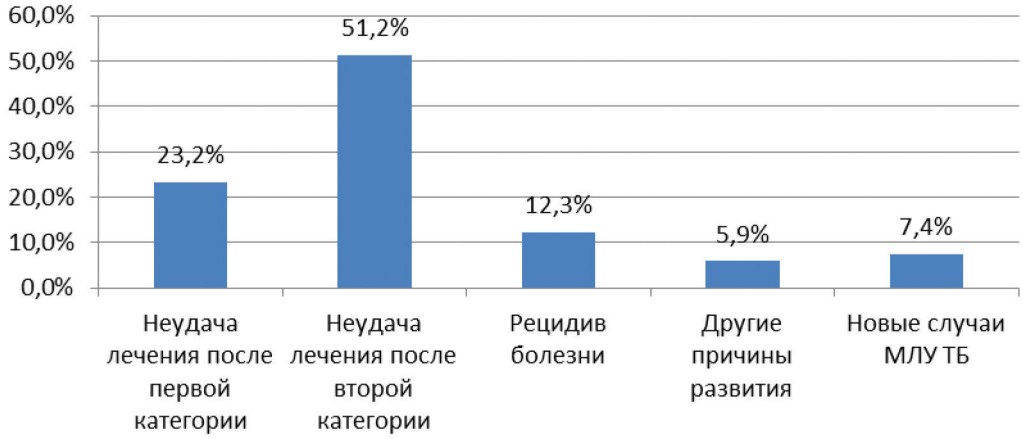

РИС. 2. РИСК РАЗВИТИЯ МЛУ ТБ

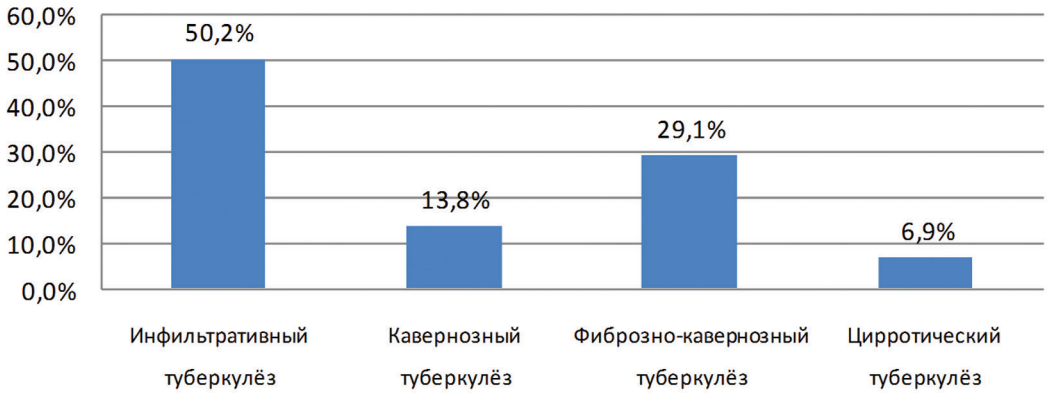

РИС. 3. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ У БОЛЬНЫХ С МЛУ ТБ

числа 8 (25,0%) были трудовые мигранты, которые пребывали в учреждениях пенитенциарной системы в стране трудовой миграции.

Из анамнеза больных с МЛУ ТБ выяснилось, что они в большинстве случаев ранее получали противотуберкулёзное лечение по программе ДОТС. Данные отражены на рисунке 2.

У 47 (23,2%) пациентов была отмечена неудача лечения после первой категории, где больные получали ПТП первого ряда (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол), у 104 (51,2%) – неудача лечения после второй категории, где больные получали ПТП первого ряда с добавлением стрептомицина. У 25 (12,3%) пациентов был рецидив болезни, у 12 (5,9%) – причины развития были различные и при регистрации учитывались как «другие», и 15 (7,4%) – ранее не были зарегистрированы как больные туберкулёзом.

По типу больных: новые случаи МЛУ ТБ – 15 (7,4%) человек, ранее получившие только ПТП I ряда – 109 (53,7%), ранее получившие один из ПТП II ряда – 79 (38,9%).

При анализе клинических форм у больных с МЛУ ТБ установлено, что преобладает (50,2%) инфильтративный туберкулёз лёгких (рис. 3). У всех обследованных (n=203) МЛУ ТБ процесс был в фазе распада, у 106 (52,2%) имелись деструктивные изменения в обоих лёгких.

При анализе лекарственной устойчивости установлено, что устойчивость одновременно только к изониазиду и рифампицину составила 8,8% (n=28), одновременно устойчивость к изониазиду, рифампицину, этамбутолу – 40,9% (n=83). При проведении анализа ТЛЧ во время лечения к отдельным препаратам I и II ряда установлено, что сочетания устойчивости к изониазиду и рифампицином со стрептомицином встречались в 56,7% случаев, с канамицином или амикацином – в 26,1%, с протионамидом или этионамидом – 7,4%, с капреомицином – 9,9%, к одному из препаратов группы фторхиналонов (офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин) – в 15,8%.

РИС. 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЛУ ТБ ЗА 24 МЕСЯЦА НАБЛЮДЕНИЯ

На рисунке 4 отражены результаты лечения больных с МЛУ ТБ за 24 месяца, где эффективный исход определён у 64,5% (n=131), оторвались от лечения и диспансерного наблюдения – 6,9% (n=14), где основная причина – трудовая миграция. Неэффективный исход определён у 10,8% (n=22), у которых не было абацилирования, и умерло 17,7 % (n=36) больных.

Изучение влияния медико-социальных и клинических факторов на эффективность лечения МЛУ ТБ показало, что значимыми факторами являются: объём поражения лёгочной ткани, спектр устойчивости на противотуберкулёзные препараты, полученное ранее противотуберкулезное лечение препаратами I и II ряда, а также социальный портрет больных – пребывание в учреждениях пенитенциарной системы, трудовая миграция, отсутствие постоянного места работы. Полученные результаты подтверждают данные исследования других авторов [10-13] о том, что медико-социальная и клиническая характеристики являются важнейшими факторами, влияющими на эффективность лечения МЛУ ТБ.

Таким образом, МЛУ ТБ с подавляющим преобладанием выявляется у лиц молодого трудоспособного возраста, половина которых не имели постоянного места работы, а также у трудовых мигрантов и лиц, ранее находившихся в пенитенциарных учреждениях.

МЛУ ТБ определены при наиболее тяжёлых распространённых деструктивных формах туберкулёза лёгких, при этом отмечается сочетание устойчивости к основным и резервным ПТП, что указывает на наиболее тяжёлый характер резистентности, сложно поддающейся лечению и реабилитации.

Необходимо усилить выявление больных с МЛУ ТБ и повысить контроль за лечением данной категории больных, что способствует снижению распространённости лекарственно-устойчивых форм туберкулёза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мишин В.И. Эффективность лечения туберкулёза лёгких, вызванного микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью /В.И.Мишин, В.И.Чуканов, И.А.Васильева // Проблема туберкулёза. – 2002. – № 12. – С. 18 – 23.
2. Рабочее совещание ведущих фтизиатров России «Роль и место фторхинолонов в лечении больных туберкулёзом» //Проблема туберкулёза. – 2008. – № 8. – С. 38 – 42.
3. WHO. Global tuberculosis report. – 2013. – P.7
4. Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан. Душанбе – 2011г.
5. Особенности течения и эффективность лечения туберкулёза лёгких с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя у больных с разными типами сахарного диабета / О.Г.Комиссарова, Ю.Е.Коссий, Р.Ю.Абдуллаев, С.В.Моисеева // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2013. – № 3. – С. 10-13.
6. Скрягина Е.М. Диагностика и лечение туберкулёза лёгких / Е.М. Скрягина. Рецепт. – 2007. - № 6 (56). - С.42-51
7. Espinal M.A. Global trends in resistance to antituberculosis drugs / M.A.Espinal [et al.] // New Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344. – P. 1294–1303.
8. Корначев А.С. Роль социальных факторов в эпидемическом процессе туберкулёза в России / А.С.Корначев, Н.А.Семина, Д.Н.Голубев // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2007. - № 1. - С. - 16-21.
9. Закирова К.А. Современная эпидемиологическая ситуация и организационные аспекты совершенствования профилактики туберкулёза в Республике Таджикистан: автореф. дис…. д-ра мед. наук / К.А.Закирова. – М. – 2012. – 27 с.

10. Белобородова Н.Г. Туберкулёз у лиц молодого возраста в период напряжённой эпидемиологической ситуации / Н.Г.Белобородова, А.В.Козлова, В.Ю.Мишин // Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М. - 2003. - С.6.

11. Алексеева Г.И. Мониторинг лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза в Республике Саха (Якутия) / Г.И.Алексеева, А.Ф.Кравченко // Проблемы туберкулёза. 2007. - №7. - С. 30-33.

12. Абузаров Р.М. Изучение множественной лекарственной устойчивости микобактерий в республике Азербайджан / Р.М.Абузаров, И.А.Гасымов, О.Гезалов [и др.] // Туберкулёз в России. Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. - М. - 2007. - С. 519.

13. Худушина Т.А. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулёза у впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких / Т.А.Худушина [и др.] // Проблемы туберкулёза. - 2005. - №12. - С. 37-39.

14. Долгих С.А. Организация лечения и диспансерного наблюдения больных лекарственно-устойчивыми формами туберкулёза: автореф. дис….канд. мед. наук / С.А.Долгих. – Екатеринбург. – 2012. – 38с.

Summary

Medico-social and clinical characteristics of patients with drug-resistant types of tuberculosis in the Republic of Tajikistan

B.U. Salikhov, O.I. Bobohojaev, U.Yu. Sirojidinova, F.R. Sharipov
Chair of Phthisiopneumology Avicenna TSMU;
National Center of Tuberculosis, Pulmonology and Thoracic Surgery

In evidentiated 203 patients with pulmonary tuberculosis multidrug-resistant of Mycobacterium tuberculosis (MDR-TB) (from 2009 to 2012.), identified the medical and social features, clinical characteristics and treatment outcomes.

The predominating majority of cases in age from 25 to 44 years (65.5%) were young people of working age. In 203 (100%) patients with MDR-TB was in destructionphase, in 106 (52.2%) patients had destructive changes in both lungs, there is a combination of resistance to TB drugs I and II, which indicates the most severe resistance, difficultly capable to treatment and rehabilitation.

An effective treatment and dispensary observation complicated by feature of the social portrait of patient with tuberculosis: the workers migrants - in 20.2% of cases, in 15.8% - stay in prisons, and in 43.6% - patients did not have a permanent job.

Key words: pulmonary tuberculosis, incidence, multidrug resistance

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Салихов Бехруз Умаркулович – соискатель кафедры фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки,139
E-mail: bekhruz80@rambler.ru