

Эффективность повторного лечения туберкулеза легких

А. А. Аджемян, Н. Р. Маркарян, М. А. Мкртчян

*Кафедра фтизиатрии НИЗ МЗ РА
0051, Ереван, пр. Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: туберкулез легких, излечение, курс химиотерапии, исход лечения, нарушение режима, рентгенологическая динамика, абациллирование мокроты, лекарственная устойчивость

Литературные сообщения свидетельствуют о больших трудностях, встречающихся при лечении реактиваций туберкулеза (ТБ) легких; результаты лечения значительно уступают таковым при впервые выявленных специфических процессах [2,4]. Лечение больных с рецидивами ТБ легких более продолжительно, чем лечение впервые выявленных больных, основной курс химиотерапии завершается в течение 8 месяцев, причем излечение происходит с развитием больших остаточных изменений [2,5].

Материал и методы

С целью оценки эффективности повторного лечения ТБ легких нами были изучены годовые статистические отчеты, данные журналов регистрации, карты лечения и амбулаторные карты больных туберкулезом легких, получавших повторное лечение по схеме DOTS II на базе Ереванского туберкулезного диспансера с 1998 по 2007 год. Исходы лечения оценивались согласно стратегии DOTS:

- излеченные – больные с бактериовыделением, у которых на пятом месяце и в конце курса специфической терапии результаты бактериоскопического исследования мокроты были отрицательными;
- завершившие лечение – больные без бактериовыделения, получившие полный курс химиотерапии по II категории DOTS, и у которых на пятом месяце и в конце курса специфической терапии результаты бактериоскопии мокроты были отрицательными, или больные с бактериовыделением, получившие полный курс

химиотерапии по II категории DOTS, но у которых, по тем или иным причинам, не проводилось микроскопическое исследование мокроты в вышеуказанные сроки.

“Излечение” и “завершение курса химиотерапии” условно обозначены как “благоприятный исход”.

- неблагоприятный исход лечения – наличие положительных мазков мокроты у больных, получающих лечение по II категории DOTS, на пятом месяце или в конце курса специфической терапии;
- нарушение режима лечения – прерывание курса специфической терапии более чем на 2 месяца после фрагмента лечения длительностью не менее одного месяца;
- переведенные – больные, поменявшие место жительства во время лечения;
- смертельный исход в процессе лечения.

Результаты ретроспективного исследования были обработаны с применением t-критерия Стьюдента и вычислением 95% доверительного интервала.

Результаты и обсуждение

Исследование показало, что с 1998 по 2007 г. на учете в Ереванском туберкулезном диспансере состояло 653 больных, у которых возникла необходимость повторного лечения ТБ легких.

Нами был проведен анализ исходов лечения у данного контингента больных в соответствии с критериями программы DOTS. Результаты представлены на рис. 1.



Рис. 1. Иходы лечения по II категории DOTS (n = 653)

Как видно из рисунка, благоприятный исход наблюдался у половины больных ($50,1 \pm 1,96\%$), неблагоприятный – у 97 пациентов ($14,8 \pm 1,39\%$), нарушение режима лечения совершили 169 пациентов ($25,9 \pm 1,71\%$), во время или по окончании курса лечения умерло 38 больных ($5,8 \pm 0,91\%$).

Представляется интересным сравнение исходов повторного курса специфической терапии с исходами первого курса лечения у тех же больных (рис. 2).

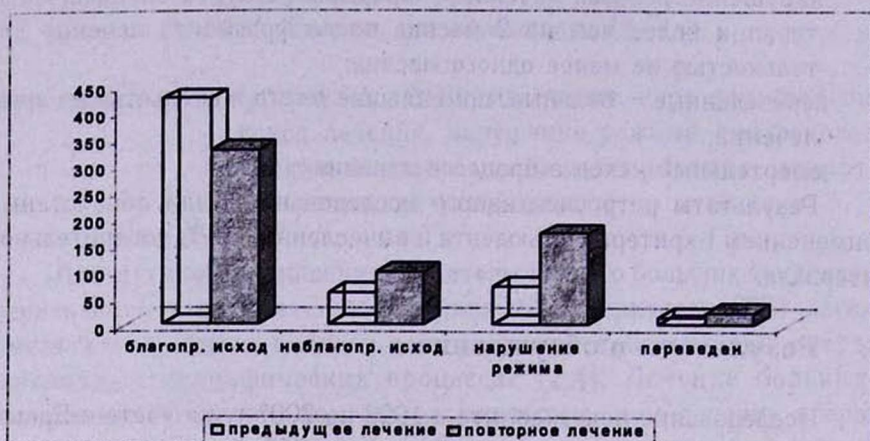


Рис. 2. Сравнение исходов повторного курса специфической терапии с исходами предыдущего лечения ($n = 653$)

Как видно из рисунка, неблагоприятные исходы повторного курса химиотерапии в 1,6 раза превышают неблагоприятные исходы предыдущего лечения ($t = 3,1$); число больных, совершивших нарушение режима лечения возросло более чем в 2 раза ($t = 7,1$); количество благоприятных исходов составило 50,1% против 65,1% после окончания предыдущего курса лечения ($t = 5,5$).

По данным литературы излечение от ТБ – это не только прекращение выделения МБТ, но и максимально возможное восстановление нарушенной клинической, рентгенологической, патофизиологической, функциональной картины [2,3,6].

Более детальный анализ результатов лечения по II категории DOTS с учетом рентгенологической динамики был проведен у 250 больных, получавших повторный курс специфической терапии с 1998 по 2007 год (табл. 1).

Таблица 1

Исходы лечения больных по II категории DOTS с учетом рентгенологических данных.

Исход лечения по критериям программы DOTS	Полость распада без динамики абс. ч., %	Полость распада уменьшилась, абс. ч., %	Полость распада закрылась, абс. ч., %	Без распада, абс. ч., %	Операция, абс. ч., %	Полость распада увеличилась, абс. ч., %	Всего, абс. ч., %
Излечен	45 18±2,43	49 19,6±2,51	21 8,4±1,75	0	2 0,8±0,56	0	117 46,8±3,16
Завершил лечение	14 5,6±1,45	26 10,4±1,9%	15 6±1,5	11 4,4±1,3	2 0,8±0,56	0	68 27,2±2,81
Неблаг. исход	52 20,8 ±2,57	5 2±0,88	0	0	0	1 0,4±0,39	58 23,2±2,67
Летальный исход	1 0,4±0,39	0	0	0	0	6 2,4±0,97	7 2,8±1,04
Всего	112 44,8±3,14	80 32±2,95	36 14,4±2,22	11 4,4±1,3	4 1,6±0,79	7 2,8±1,04	250 100

Как видно из табл. 1, среди преобладающего большинства больных (74% ± 2,77), окончивших курс повторного лечения благоприятным исходом, рентгенологическая динамика значительно отстает от данных бактериоскопии мокроты; из 185 больных только у 36 (14,4 ± 2,22%) отмечалось полное закрытие полостей распада, у 59 больных (23,6 ± 2,68%) с благоприятным исходом лечения размеры полостей остались прежними, создавая тем самым фон для последующей реактивации туберкулезного процесса.

По данным табл. 1, из 250 больных – 58 (23,2 ± 2,67%) завершили повторное лечение неблагоприятным исходом. Доминирующей причиной неблагоприятного исхода лечения по II категории DOTS явилось наличие лекарственной устойчивости. Так, у 33 больных (56,9 ± 6,5%) была установлена лекарственная устойчивость к определенным противотуберкулезным препаратам первого ряда, из них у 24-х (41,4 ± 6,47%) наблюдалась мультирезистентность (одновременная устойчивость к изониазиду и рифампицину). Следует отметить, что рядом авторов [1,3] лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам упоминается как одна из основных причин низкой эффективности повторного лечения ТБ легких.

Из табл. 1 видно, что у 7 больных повторное лечение завершилось смертельным исходом. Причиной смерти 6 пациентов послужила легочно-сердечная недостаточность на фоне прогрессирования специфического процесса, из них у 4-х больных ТБ имел лекарственно-устойчивую форму, а у двоих – сочетался со СПИДом. Один больной умер от рака легкого в сочетании с туберкулезом.

Дальнейшее наблюдение (до 2007 года) за 243 больными показало, что 138 пациентов (57,3 ± 3,17%) остались в I диспансерной группе, 5 пациентов (2 ± 0,9%) были переведены во II группу диспансерного наблюдения с уменьшением размеров полостей распада,

98 ($40,7 \pm 3,15\%$) переведены в неактивные группы, из них всего 12 были прооперированы. Следует отметить, что у 51 больного из III группы диспансерного наблюдения имело место закрытие полостей распада без применения специфического лечения. Этот факт подтверждает неоспоримую роль иммунитета в инволюции специфических изменений.

Таким образом, исследование показало, что эффективность повторного лечения по всем критериям излечения ниже, чем у впервые выявленных больных, что диктует необходимость изыскания методов, повышающих эффективность повторного лечения больных ТБ легких.

Выводы

1. Эффективность повторного лечения туберкулеза легких значительно уступает эффективности первого курса химиотерапии у тех же больных.

2. Рентгенологическая динамика при повторном лечении туберкулеза легких значительно отстает от прекращения бактериовыделения, подтвержденного методом бактериоскопии.

3. Основной причиной снижающей эффективность повторного лечения туберкулеза легких является наличие устойчивости возбудителя к определенным препаратам I ряда.

Поступила 24.03.09

Թորային տուբերկուլոզի բուժման արդյունավետությունը կրկնաբուժվողների շրջանում

Հ. Հ. Աճեմյան, Ն. Ռ. Մարգարյան, Մ. Ա. Մկրտչյան

Իրականացված հետազոտության արդյունքում պարզվել է, որ 1998թ.-ից մինչև 2007թ.-ը ընկած ժամանակահատվածում Երևանի տուբերկուլոզային դիսպանսերում հաշվառված է եղել 653 կրկնակի բուժման կարիք ունեցող թորային տուբերկուլոզով (ՏԲ) հիվանդ: Կրկնաբուժվողների 50,1%-ը դասակարգվել է «բուժված» և «բուժումն ավարտած», բուժման ռեժիմի խախտում կատարած հիվանդները կազմել են 25,9%, բուժման ընթացքում այլ բնակության վայր տեղափոխվածները՝ 3,4%, անբարեհաջող ելքով ավարտվել է հետազոտված խմբի 14,8%-ի բուժումը, մահացել է հիվանդների 5,8%-ը:

ՏԲ-ի կրկնակի բուժման արդյունավետությունը զգալիորեն ցածր է եղել նույն հիվանդների առաջնակի բուժման արդյունավետությունից:

Բուժման ընթացքում արձանագրված դրական ռենտգենաբանական դինամիկան հիվանդների մեծամասնության մոտ ավելի դանդաղ

քնույթ է կրել, քան մանրադիտման եղանակով հաստատված խորիսի մանրէազերծումը:

Կրկնակի բուժման ցածր արդյունավետության գերիշխող պատճառ է հանդիսացել ՏԲ-ի հարուցիչի կայունությունը առաջին շաբթի որոշ հակատուբերկուլոզահին դեղերի նկատմամբ:

Efficiency of repeated treatment of pulmonary tuberculosis

H. H. Atchemyan, N. R. Markaryan, M. A. Mkrtchyan

The study has revealed that there were 653 patients with pulmonary tuberculosis (TB), who were registered in Yerevan Tuberculosis Dispensary for receiving repeated TB-treatment in the period from 1998 to 2007. At the end of the repeated treatment course half of these patients (50,1%) were classified as "cured" and "completed treatment". The other outcomes of the treatment were "defaulters" (25,9%), "failures" (14,8%), "transferred patients" (3,4%) and "death" (5,8%).

The efficiency of the repeated treatment was considerably lower than the efficiency of the same patients' primary TB-treatment course.

For the majority of the explored group positive X-ray dynamics was slower than sputum smear conversion.

The main reason reducing repeated TB-treatment efficiency was the resistance of mycobacteria to some first line anti-TB drugs.

Литература

1. Бастиян И., Порталес Ф. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. М., 2003.
2. Бурухина Л.В., Золотовская Е.А., Прудникова З.А. и др. Причины рецидивов туберкулеза легких, ближайшие и отдаленные результаты лечения. Проблемы туберкулеза, 1995, 3, с. 29-31.
3. Комиссарова О.Г. Особенности течения процесса и эффективность лечения рецидивов туберкулеза легких у больных с различным уровнем генерации оксида азота в мононуклеарах и нейтрофилах крови. Дис. ... канд. мед. наук, М., 2005.
4. Крофтон Д., Хорн Н., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. (Пер. с англ). М., 1996.
5. Мишин В.Ю., Борисов С.Е., Соколова Г.Б. Разработки современных протоколов диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания. Consilium Medicum, 2001, т. 3, 3, с. 148-154.
6. Приймак А.А. Проблемы туберкулеза. Пульмонология, 2002, 4, с. 6-9.