

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ КАК ПРИЧИНА СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

А. С. Борзенко, А. А. Калуженина, С. Г. Гагарина

Кафедра фтизиопульмонологии ВолГМУ

Аннотация: работа посвящена вопросам изучения эффективности лечения туберкулеза легких с первичной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза и влияния лекарственной устойчивости на инвалидность вследствие туберкулеза.

Ключевые слова: туберкулез легких, лекарственная устойчивость, инвалидность.

В настоящее время туберкулез является наиболее распространенным инфекционным заболеванием. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Российской Федерации оценивается как на-

пряженная. При этом все более широкое распространение получает лекарственно-устойчивый туберкулез легких. Эффективность терапии при лекарственной резистентности микобактерий ту-

беркулеза (МБТ) достоверно хуже, чем при сохраненной чувствительности возбудителя [3, 4]. Экспериментально доказано, что лекарственно-устойчивый туберкулез все чаще приводит к инвалидности [1, 2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эффективность лечения туберкулеза легких с первичной лекарственной устойчивостью МБТ и влияние лекарственной устойчивости на инвалидность вследствие туберкулеза.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведена оценка эффективности химиотерапии 45 больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких, впервые выявленных в 2003 году, пролеченных во фтизиопульмонологических отделениях Волгоградского областного клинического противотуберкулезного диспансера.

У всех больных туберкулезом легких бактериовыделение обнаруживали при микроскопии и культуральным методом. Выделенные культуры идентифицировали согласно приказу МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 г., определяли лекарственную чувствительность МБТ методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена к противотуберкулезным препаратам первого ряда (изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол).

Результаты исследования обработаны методами математической статистики с применением программного обеспечения ("MS Excel", "Statistica") и специализированной базы данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 45 больных полностью закончили основной курс лечения 44 пациента, один умер. Мужчин среди них 32, женщин 13. Работающие составили 13 человек (28,8%), неработающие – 26 (57,8%), инвалиды по общему заболеванию – 3 (6,7%), пенсионеры – 3. Туберкулезный контакт выявлен у 20 больных (44,4%), преимущественно семейный – у 9 пациентов, и бытовой – у 6. Заболевание чаще начиналось подостро – у 35 больных (77,8%), реже бессимптомно – у 9 (20%) и остро у одного. Большая часть больных (31 человек) выявлены при обращении к врачу.

Формы легочного туберкулеза у больных при выявлении были следующими: инфильтративная у 32, в том числе фаза распада у 28; диссеминированная у 6, фаза распада у 6; фиброзно-кавернозная у 3; казеозная пневмония с множественными полостями распада у 4 пациентов.

Монорезистентность микобактерий туберкулеза выявлена у 23 больных (51,1%), в том числе устойчивость к стрептомицину – у 14, рифампицину – у 7, изониазиду – у 2. Полирезистентность зафиксирована у 17 больных (37,8%), множественная лекарственная устойчивость у 5 (11,1%).

После окончания основного курса лечения был отмечен эффективный результат (исчезнове-

ние полостей распада в легочной ткани и прекращение бактериовыделения) у 15 больных (33,3%). Частичный эффект (прекращение бактериовыделения при сохранении деструкции) зафиксирован у 19 больных (42,3%).

Стабилизации процесса (симптоматическое улучшение при сохранении бактериовыделения и деструкции легочной ткани) удалось достичь у 10 больных (22,2%). У одного больного туберкулезный процесс на фоне химиотерапии имел прогрессирующее течение и завершился летальным исходом, наблюдалась индукция лекарственной устойчивости возбудителя.

Показатель прекращения бактериовыделения по методу микроскопии мокроты после окончания основного курса лечения составил 75,6% (34 больных), прекращение визуализации деструкции легочной ткани – 26,8% (11 человек).

После окончания основного курса лечения выход на инвалидность составил 51,2%. Структура первичной инвалидности представлена в таблице.

Таким образом, среди получивших инвалидность вследствие туберкулеза после основного курса лечения преобладал процент неработающих – 76,2%, работающих и пенсионеров было 14,3 и 9,5% соответственно. Монорезистентность регистрировалась у 11 инвалидов вследствие туберкулеза (52,4%), полирезистентность – у 8 (38,1%), множественная лекарственная устойчивость – у 2 (9,5%).

Отдаленные результаты химиотерапии больных с наличием первичной устойчивости МБТ проанализирована у пациентов, выявленных в 2003 г., т. е. через 3 года наблюдения.

Из 44 больных, закончивших основной курс химиотерапии, отдаленные результаты прослежены у 36, 5 больных умерло от туберкулеза и 3 выбыли из района обслуживания противотуберкулезного диспансера.

Осталось под наблюдением 36 человек. Формы легочного туберкулеза у оставшихся под наблюдением больных были следующими: инфильтративная у 28, в том числе фаза распада у 24; диссеминированная у 6, фаза распада у 6; фиброзно-кавернозная у 1; казеозная пневмония у 1 больного.

Таблица 1

Структура первичной инвалидности вследствие туберкулеза по группам после основного курса лечения

Показатель	I группа		II группа		III группа		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Работающие	1	33,3	2	11,1	–	0	3	14,3
Неработающие	2	66,7	14	77,8	–	0	16	76,2
Пенсионеры	–	–	2	11,1	–	0	2	9,5
Всего	3	100	18	100	–	0	21	100

В результате проведенного лечения (основного курса химиотерапии и при необходимости противорецидивных курсов) через 3 года были получены следующие результаты. Клиническое излечение было достигнуто у 19 больных, в их числе у 3 после оперативного лечения. Средняя длительность стационарного лечения (при первой госпитализации в 2003 г.) составила 8 мес., все больные выписаны по окончании эффективного курса химиотерапии, в последующем регулярно наблюдались в противотуберкулезном диспансере. Среди них больных с множественной устойчивостью возбудителя 2 человека, 7 больных с монорезистентностью и 7 – с полирезистентностью. Оперативное лечение выполнено по поводу сформировавшихся в процессе терапии туберкулем, в том числе у 1 больного с множественной лекарственной резистентностью возбудителя.

Неэффективное лечение отмечено у 17 больных. Рецидив туберкулеза легких наблюдался у 4 человек, в том числе у 1 больного с множественной лекарственной устойчивостью, и у 2 – с полирезистентностью. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 6,2 мес., 2 выписаны за нарушение лечебного режима, хронический алкоголизм у 3, индукция лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза у 3 больных.

Туберкулезный процесс приобрел хроническое течение у 13 больных. Пациентов с монорезистентностью возбудителя среди них 10, остальные – с полирезистентностью. Индукция лекарственной резистентности наблюдалась у 6 больных (до множественной устойчивости). Длительность стационарного лечения составила в среднем 7,2 мес., 5 больных не завершили основной курс химиотерапии, хронический алкоголизм у 7.

Умерло от туберкулеза 5 больных, процесс прогрессировал в фиброзно-кавернозную форму. Больных с полирезистентностью – 3, монорезистентностью – 2; у всех больных отмечена индукция вторичной резистентности до множественной лекарственной устойчивости. Хронический алкоголизм у 5 человек, не завершили основной курс терапии – 4.

Из 5 больных с первичной множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, выявленных в 2003 г., через 3 года наблюдения получены следующие результаты: 1 человек выбыл из области; у 3 достигнуто клиническое излечение, в том числе у 1 после оперативного лечения; у 1 больного отмечен рецидив туберкулезного процесса.

Из 21 инвалида на момент окончания основного курса лечения через 3 года наблюдения 6 инвалидов умерло (3 инвалида I группы, 3 инвалида – II группы), у 6 снята группа инвалидности по излечению специфического процесса и 3 больным установлена инвалидность вследствие туберкулеза после регистрации рецидива туберкулезного процесса.

Таким образом, из 12 инвалидов вследствие туберкулеза через 3 года наблюдения монорезистентность регистрировалась у 4 (33,4%), полирезистентность у 7 (58,3%), множественная резистентность у одного (8,3%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность лечения больных туберкулезом легких с первичной устойчивостью возбудителя зависит от соблюдения больничного режима лицами с асоциальным образом жизни. Первичная множественная лекарственная устойчивость не оказывает существенного влияния на показатели эффективности терапии.

Отдаленные результаты лечения (через 3 года) у больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью МБТ оказались нестойкими: у 12,2% больных наступил летальный исход, у 31,7% туберкулезный процесс приобрел хроническое течение, у 9,8% зафиксирован рецидив.

На длительность инвалидности вследствие туберкулеза оказывает влияние лекарственная устойчивость возбудителя, в большей степени полирезистентность. После основного курса лечения процентное распределение вида устойчивости среди инвалидов было следующее: монорезистентность – 52,4%, полирезистентность – 38,1%, множественная устойчивость – 9,5%. Через 3 года наблюдения: монорезистентность – 33,4%; полирезистентность – 58,3%; множественная резистентность – 8,3%. Таким образом, пациенты с монорезистентностью микобактерий туберкулеза лучше поддаются лечению и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Войтенко Р. М., Дубинина И. А., Коробов М. В.* и соавт. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации. – СПб, 2005.
2. *Лузин С. Н., Гришин А. П., Кардаков Н. А.* Инвалидности в Российской Федерации. – М.: Медицина, 2006.
3. *Шилова М. В.* Туберкулез в России в 2004 году. – М.: Фолиум, 2005. – 108 с.
4. *Шилова М. В., Хрулева Т. С.* // Проблемы туберкулеза – 2005. – № 3. – С. 3–10.